CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

Section de Chirurgie et d'Accouchements

EXPOSÉ DES TRAVAUX

DE

Henri HARTMANN

Chirurgien des hôpitaux
Ancien prosecteur
Ancien vice-président de la Société Anatomique

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

TITRES

Externe des hôpitaux, 1880.

Interne des hôpitaux, 1881.

Lauréat des hôpitaux (accessit), 1884.

Aide d'anatomie, 1884.

Prosecteur de la Faculté, 1886.

Lauréat des hôpitaux (médaille d'argent), 1887.

Lauréat de l'Académie de Médecine, 1888.

Chirurgien des hôpitaux, 1892.

Membre de la Société clinique, 1884.

Membre de la Société anatomique, 1886.

Vice-président de la Société anatomique, 1892.

I. — ANATOMIE

1. — Anatomie du rsctum.

Dans la *chirurgie du rectum*, que nous avons publiée en collaboration avec M. Quénu, nous avons, en quarante-six pages, résumé les recherches que nous avions faites sur l'anatomie de cet organe. Trente-cinq des figures ou planches, qui illustrent ce chapitre, ont été dessinées directement d'après des préparations, des moulages ou des coupes après congélation.

Notre but a été, non de donner une description complète de l'anatomie du rectum, mais d'apporter des documents personnels sur quelques points qui nous avaient paru mériter des études nouvelles.

2. — Les anastomoses des nerfs du msmbrs supérieur et leur importance au point de vue ds la conssrvation des fonctions sensitivo-motricss après des ssctions nerveuses (1).

Le point de départ de ces recherches a été une constatation faite au niveau de la paume de la main. Disséquant les nerfs de cette région, nous avons été frappé par la fréquence d'une disposition que nous avons notée 29 fois sur 45 et qui, jusqu'alors, n'avait pas été mentionnée par les divers auteurs de traités d'anatomie. Elle consiste essentiellement en des divisions suivies de reconstitutions de troncs nerveux qui affectent ainsi des dispositions en ellipses.

1° Le type le plus simple est une *boutonnière* d'une des branches terminales du médian ou du cubital, dans laquelle passe une des artères digitales, quelquefois l'arcade palmaire superficielle. La bouton-

(1) Note sur l'anatomie des nerfs de la paume de la main (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 23 décembre 1887, p. 860). Étude de quelques anastomoses elliptiques des nerfs du membre supérieur. Leur importance au point de vue de la conservation des fonctions sensivito-motrices après une section nerveuse (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 10 février 1888, p. 151).

nière n'a guère plus de 5 à 10 millim. de long ; elle est constituée par la division du rameau nerveux en deux parties à peu près égales, qui s'appliquent sur l'artère qu'elles embrassent, et se rejoignent presque immédiatement pour reconstituer le tronc nerveux. C'est de beaucoup la disposition la plus fréquente (1).

Ces petites boutonnières, formées par les nerfs collatéraux des



FIG. 1. — Boutonnières des nerfs de la paume de la main.

doigts, sont plus fréquentes sur les filets du médian que sur ceux du cubital.

2° Dans un deuxième type, il s'agit d'une *ellipse* de 7 à 8 centim. de long, le plus souvent alors constituée par un filet du cubital (2).

(1) Voir fig. 2 le collatéral interne du médius, et fig. 1 le collatéral externe de l'annulaire.

(2) Voir fig. 2 le collatéral interne du petit doigt.

3° Dans une *variété plus complexe*, la boutonnière nerveuse se dédouble en quelque sorte, si bien que l'artère passe successivement à travers deux boutonnières accolées et formées par le même nerf, traversant celui-ci comme une boucle (1).

4° Enfin, plusieurs fois la boutonnière, donnant passage à l'artère,

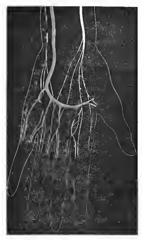


Fig. 2. — Double boutonnière nerveuse sur le collatéral externe du médius.

a paru constituée non par un dédoublement du filet nerveux, considéré mais par *l'accolement* à ce filet *d'un rameau anastomotique* détaché du nerf collatéral voisin, un peu au-dessous de la bifurcation nerveuse qui avait donné les deux nerfs collatéraux. Il n'y avait cependant là qu'une disposition identique à celles mentionnées précédem-

(1) Voir fig. 2 le collatéral externe du médius. Ces deux figures sont dues au crayon de notre ami, le Dr H. Bourbon.

ment. La seule différence consistait dans ce fait que l'un des filets, constituant la boutonnière, s'était, pendant une partie de son trajet, accolé au nerf collatéral voisin, venu du même tronc, sans que cependant il se fût le moins du monde fusionné avec lui. Il suffisait, en effet, d'écarter la branche anastomotique du nerf collatéral dont elle semblait provenir, pour que sans dissection, par simple traction, la séparation devînt complète.

Ces constatations devaient nous engager à faire porter nos recherches sur des troncs nerveux plus importants, afin de voir s'il n'existait pas des variabilités analogues dans le trajet de leurs fibres. C'est ce que nous avons fait, en nous attachant à étudier les gros troncs nerveux du membre supérieur, en particulier le musculo-cutané et le médian.

Nos dissections nous ont montré que *l'anastomose du médian et du musculo-cutané* manquait souvent et que, lorsqu'elle existait, elle se dirigeait, dans la majeure partie des cas, du musculo-cutané vers le médian, et non du médian vers le musculo-cutané, comme le disaient les auteurs classiques. Le filet, qui va du musculo-cutané au médian, naît à des hauteurs variables ; il peut apparaître très peu au-dessous de la racine externe du médian, séparé quelquefois de celle-ci par une des veines humérales, si bien que l'on peut dire qu'il y a, dans ces cas, dedoublement de la racine externe du médian. D'autres fois il naît plus bas, au moment où le musculo-cutané va perforer le coraco-brachial ou, encore plus bas, après qu'il a perforé ce muscle. Son volume est des plus variables. Toujours cette anastomose est constituée par un certain nombre de fibres du médian, qui ont emprunté, pendant un parcours plus ou moins long, le trajet du musculo-cutané avant de rejoindre le tronc principal du médian. Il est facile de s'en assurer en écartant le filet anastomotique du musculo-cutané. On peut l'en séparer avec la plus grande facilité, car il n'y a qu'accolement sans intrication de fibres.

L'anastomose classique du médian au musculo-cutané est constituée de même, lorsqu'elle existe, par l'accolement au médian d'un filet du musculo-cutané qui ne rejoint son tronc originel qu'après un trajet variable. Ici encore il n'y a que simple accolement et la séparation est des plus faciles.

En somme, qu'il s'agisse d'une anastomose du musculo-cutané au médian ou du médian au musculo-cutané, l'anastomose n'est jamais constituée par un échange de fibres entre les deux nerfs ; toujours elle est formée de fibres appartenant au nerf auquel elle aboutit, et dont il est facile de voir qu'elle naît, si l'on cherche à remonter le trajet des fibres qui la composent.

Il y a là en grand, ce que nous avons vu en petit à la main, une *ellipse nerveuse*, avec cette particularité que les filets, qui entrent dans la constitution de cette grande ellipse, empruntent le trajet d'un

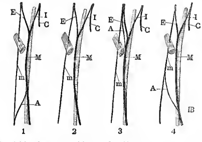


FIG. 3. — Schéma des rapports réciproques du médian et du musculo-cutané au bras. 1, Disposition classique. (L'anastomose va du médian vers le musculo-cutané.) — 2, Absence d'anastomose. — 3, Anastomose simulant un dédoublement de la racine externe du médian. — 4, Anastomose oblique du musculo-cutané vers le médian.

autre nerf avant de rejoindre le tronc dont elles émanent, fait que nous avons du reste, mais exceptionnellement, observé à la main.

Quelquefois, la disposition est en apparence plus complexe, lorsque le rameau anastomotique, au lieu de se jeter dans le tronc principal du médian ou du musculo-cutané, rejoint une ou plusieurs de ses branches ; il peut alors se diviser en plusieurs rameaux qui abordent les branches nerveuses, auxquelles ils aboutissent, sous une incidence variable, simulant ainsi des anses nerveuses ou quelquefois de petits plexus.

On peut, mais le fait est plus rare, observer des ellipses nerveuses

analogues sur d'autres nerfs du membre supérieur. Nous avons vu le médian se séparer au-dessous du pli du coude en deux branches qui ne se rejoignaient qu'à la paume de la main (1) ; le cubital donner des branches disposées en ellipses, etc.



FIG. 4. — Grande ellipse nerveuse constituée par des fibres du médian à l'avant-bras.

De ces constatations multiples, on peut, croyons-nous, conclure que, si les terminaisons, de même que les origines, sont constantes, le trajet des fibres nerveuses présente, plus souvent qu'on ne le dit, des anomalies. Ces anomalies, qui n'ont rien de fixe en dehors des conditions générales qui les règlent, nous paraissent s'expliquer assez bien

(1) Voir fig. 4.

par le mode de développement des nerfs qui se fait du centre vers la périphérie. Que dans leur marche excentrique ils rencontrent un obstacle et on les verra se diviser pour se reconstituer plus loin. C'est ce que l'on observe surtout au niveau des vaisseaux dont l'apparition embryologique est antérieure à celle des nerfs.

Comme pour les artères, lors d'anomalie, on observe toujours, à l'endroit où doit se trouver un nerf, un filet nerveux. Ce filet est simplement amoindri, une partie des fibres qui le composent prenant une autre voie pour aboutir à la terminaison habituelle. De même que dans les anomalies du système artériel le sang emprunte habituellement le canal d'une artère voisine, anormalement dilatée, pour aboutir à sa destination, de même dans les anomalies nerveuses, nous pouvons voir les fibres, qui normalement entrent dans la constitution d'un nerf, emprunter partiellement le trajet d'un nerf voisin pour rejoindre plus bas leur tronc originel.

L'intérêt de ces diverses dispositions réside surtout dans l'interprétation des faits pathologiques. Toutes les fois qu'on se trouvera en présence de symptômes qu'on ne pourra expliquer avec les connaissances actuelles, on devra songer à la possibilité d'une anomalie nerveuse. Le rôle de ces anomalies nous semble en particulier évident dans ces cas bien connus, mais mal expliqués, de section du médian au bras, sans paralysie et sans anesthésie.

3. — Nerfs du releveur et du sphincter de l'anus (1).

De nombreuses dissections, faites avec mon élève et ami M. Caboche, nous ont permis de préciser l'anatomie de ces nerfs, dont on pourra suivre les origines et le trajet sur la figure ci-jointe.

Le releveur reçoit par sa face profonde un nerf facile à découvrir ; il est de plus abordé superficiellement par une autre branche nerveuse qui, chemin faisant, a abandonné un filet au muscle ischio-coccygien.

Le sphincter est principalement innervé par une série de pinceaux

(1) Hartmann et Caboche. *Bulletins de la Société anatomique* de Paris, mars 1895, et Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, 1895, p. 44.

nerveux qui émanent d'un tronc accolé au nerf honteux interne. Il reçoit de plus des filets antérieurs, se détachant du nerf honteux, un

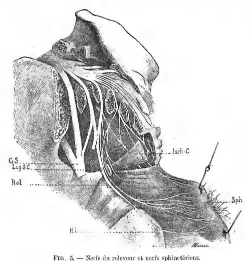


FIG. 5. — Nerfs du releveur et nerfs sphinctériens.

G S., Nerf sciatique; Lig. *S. C.*, petit ligament sacro-sciatique coupé et relevé de manière à montrer le filet de l'ischio-coccygien et la branche superficielle du releveur qui passent entre ce ligament et le muscle ischio-coccygien; *Isch-C.*, Entre ce muscle et le *Rel.*, releveur de l'anus, on voit le nerf sphinctérien postérieur et la branche profonde du releveur; *H. I.*, nerf honteux auquel est accolé le nerf sphinctérien moyen et duquel se détache, au voisinage de l'ischion, le nerf sphinctérien antérieur; *Sph*, muscle sphincter externe.

peu avant sa division en deux branches, et un filet postérieur qui se détache de la quatrième paire sacrée et chemine un peu en dehors du nerf coccygien.

1. — Quelques points de l'anatomie de l'intestin et du péritoine.

La lecture d'un remarquable travail de Trêves et l'enseignement inédit de notre maître, le professeur Farabeuf, ont été pour nous le point de départ de recherches sur l'anatomie du tube digestif et du péritoine.

A. Duodénum (1). — Partant de ce principe que l'on doit dénommer duodénum, non pas la portion d'intestin étendue de l'estomac au croisement par les vaisseaux mésentériques supérieurs, mais la *portion fixe de l'intestin grêle*, nous avons été amené à décrire à ce duodénum une quatrième portion ascendante, après le croisement des vaisseaux mésentériques, portion que l'on voit très nettement lorsqu'on renverse à droite le paquet de l'intestin grêle. Cette quatrième *portion ascendante* s'étend en général du milieu du corps de la quatrième vertèbre lombaire jusqu'à la partie moyenne du corps de la deuxième, point où elle se coude pour se continuer avec une portion d'intestin libre, le jéjunum. La disposition générale du duodénum est du reste variable, comme on le voit sur la fig. 6.

La fixité de la quatrième portion est due à ce qu'elle reçoit, tout le long de son bord postérieur droit, un muscle plat, composé de fibres lisses, muscle de Treitz ou *muscle suspenseur du duodénum*. Ce muscle, de forme générale triangulaire, s'insère par sa base sur la face postérieure droite de la portion ascendante du duodénum. Son sommet se perd dans le tissu fibreux qui entoure le tronc cœliaque et le pilier gauche du diaphragme. Histologiquement, le muscle de Treitz figure un prolongement de la couche musculaire longitudinale du duodénum, ainsi que cela ressort des examens qu'a bien voulu faire pour nous notre ami Retterer.

A la portion ascendante du duodénum se rattache une fossette, *la fossette duodéno-jéjunale*, qui s'oblitère souvent avec l'âge, mais qui est, au contraire, très nette chez le nouveau-né. Cette fossette, dans sa forme la plus typique, est située sur la partie latérale gauche

(1) Sur quelques points de l'anatomie du duodénum (sa 4e portion, son muscle suspenseur, la fossette duodéno-jéjunale, les hernies rétro-péritonéales). *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 15 février 1889, p. 95.

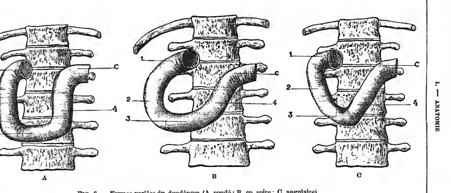


Fig. 6. — *Formes variées du duodénum* (A, coudé; B, en spire; C, angulaire).

Les chiffres 1, 2, 3, 4 marquent les 4 portions du duodénum. — C, la coudure duodéno-jéjunale.

de la quatrième portion du duodénum ; elle est limitée à gauche par un pli péritonéal, dont la partie adhérente se continue avec le péritoine postérieur qui recouvre le rein et va constituer à gauche le feuillet droit du côlon descendant, en haut le feuillet inférieur du côlon transverse. Le bord libre de ce pli a une forme semi-lunaire ; sa corne inférieure vient se perdre sur la face antérieure de la dernière portion du duodénum ; la supérieure va se cacher en arrière du bord gauche de cette partie de l'intestin, si bien que la portion ascendante du dnodénum semble émerger du péritoine postérieur au niveau de cette fossette.

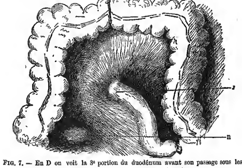


FIG. 7. — En D on voit la 3e portion du duodénum avant son passage sous les vaisseaux mésentériques. — J, 1re partie du jéjunum.

A une petite distence du bord libre de la corne supérieure, on voit passer la veine mésaraïque inférieure qui décrit une courbe régulière à ce niveau. Le bord libre de la corne inférieure est, au contraire, dans l'immense majorité des cas, privé de vaisseaux.

Le péritoine s'enfonce dans cette fossette jusqu'aux limites de la portion ascendante du duodénum, et, comme l'orifice de cette fossette est située à l'union du quart supérieur et avec les trois quarts inférieurs de cette portion de l'intestin, il s'ensuit que le cul-de-sac péritonéal supérieur est notablement plus petit que l'inférieur.

Si le repli péritonéal est moins développé, sa partie moyenne dispa-

raît la première, la fossette se dédouble en deux, une supérieure et une inférieure. Que l'atrophie du pli augmente et au dédoublement de la fossette en deux, va succéder leur diminution et même leur disparition.

C'est dans cette fossette que se font le plus souvent les *hernies dites rétro-péritonéales*, contrairement à l'opinion courante qui tend à les placer dans l'hiatus de Winslow où elles sont, au contraire, exceptionnelles.

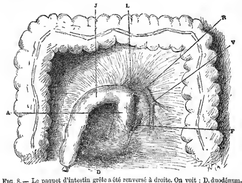


Fig. 8. — Le paquet d'intestin grêle a été renversé à droite. On voit : D, duodénum. — A, sa portion ascendante. — J, jéjunum. — F, longue épingle introduite dans la partie inférieure de la fossette duodéno-jéjunale ici dédoublée. — R, repli limitant la partie supérieure de la fossette. — I, adhérence du mésocôlon transverse constituant une sorte de ligament suspenseur du coude duodéno-jéjunal. — V, veine mésentérique inférieure.

B. Cæcum. — Au voisinage du cæcum existent de même des fossettes, qu'ont bien décrites Trèves puis Tuffier, fossettes qui peuvent acquérir des dimensions considérables. Dans un cas que nous avons observé (1), la fossette iléo-cæcale inférieure mesurait 9 centimètres de profondeur et aurait facilement logé une anse d'intestin grêle. C'est évidemment à des fossettes semblables, *normales mais anorma*-

(1) Les fossettes iléo-cæcales et la hernie de Rieux. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 7 décembre 1888, p. 983.

lement développées, qu'on a eu affaire dans les cas d'étranglements dits *hernies de Rieux*, que l'on localisait dans des diverticules anormaux rétro-cæcaux.

Dans un cas d'arrêt dans la migration du cæcum (cæcum sous le foie) cette fossette était bien développée et regardait en avant et en dehors (1).

C. Anse oméga (2). — La manière dont le côlon se continue avec le rectum, a été l'objet de nombreuses contestations. Il est classique de dire que le rectum commence au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche ; toutefois Huguier affirme que, chez l'enfant tout au moins, il commence à droite. Ces divergences tiennent à la situation variable d'une anse en forme d'oméga qui relie le côlon descendant au rectum.

Le pédicule de cette anse, situé à peu près au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, est creusé d'une fossette (fossette intersigmoïde) dont le fond répond au point où l'uretère croise les vaisseaux iliaques et qui peut, dans des cas rares, être le siège de hernies rétro-péritonéales.

Une des branches de cet oméga se continue dans la fosse iliaque avec le côlon, l'autre dans l'excavation pelvienne avec le rectum (constituant la première partie du rectum de nos classiques). La partie intermédiaire convexe forme une anse, qui ordinairement flotte sur la partie supérieure de l'excavation, qui quelquefois tombe dans le fond de celle-ci. Lorsque le petit bassin ne peut la contenir, soit qu'il s'agisse d'une anse trop volumineuse (nous l'avons vue remonter jusqu'à l'appendice xiphoïde), soit qu'on se trouve en présence d'une cavité pelvienne trop petite (bassin de l'enfant) ou remplie par une tumeur (fibrome, utérus gravide, etc.), l'anse de pelvienne devient abdominale.

On comprend dès lors qu'avec la limitation arbitraire du rectum au point où le gros intestin croise le détroit supérieur, on lui donne, suivant les cas, une composition des plus variables, y comprenant ou n'y comprenant pas la plus grande partie de cette anse oméga. Dans

(1) Anomalie dans la situation du cæcum. *Bulletins de la Société anatomique*, 15 mai 1887, p. 311.

(2) *Bulletins de la Société clinique*, 27 janvier 1887, p. 21, et *Bulletins de la Société anatomique*, 2 mars 1888, p. 258.

le premier cas on dit que le rectum commence à gauche du sacrum, dans le second à droite de cet os.

Les dispositions, que nous venons de décrire, ont un certain intérêt chirurgical à divers points de vue :

1° Possibilité d'étranglements internes dans la fossette intersigmoïde.

2° Explication de la fréquence des volvulus de cette partie de l'intestin qui, pédiculée et mobile, est toute prête à se tordre.

3° Possibilité de laisser au-dessous d'un anus iliaque une portion très longue d'intestin, ce qui apporte, ainsi que l'a indiqué M. Walther, un argument de plus contre la suture du bout inférieur de l'intestin dans cette opération, généralement faite pour des cancers du rectum.

D. Torsion de l'intestin (1). — Nous appuyant d'une part sur des faits d'embryologie et de tératologie, d'autre part sur des données tirées de l'anatomie comparée, nous avons cherché à préciser le mode de torsion de l'intestin.

Cette torsion est liée à la migration du cæcum. Lorsque cette migration, résultat de l'allongement de la partie terminale du gros intestin, s'effectue de gauche à droite, la grande anse mésentérique supérieure évolue avec son méso autour de ses deux points fixes, le muscle suspenseur du duodénum d'une part, le canal ombilical de l'autre, de telle manière que ce méso se retourne, pour ainsi dire, et vient, avec les vaisseaux mésentériques supérieurs qu'il contient, se placer au-devant du duodénum, auquel il adhère secondairement. Ce n'est donc pas le duodéno-jéjunum qui est attiré par le muscle de Treitz sous les vaisseaux mésentériques, comme on l'a dit, ce sont les vaisseaux qui viennent se placer au-devant du duodénum *fixe*.

Les effets de la migration du cæcum, difficile à se figurer théoriquement, se démontrent avec la plus grande facilité, lorsqu'on a les pièces entre les mains. Rien de plus facile que de faire cesser cette torsion en reprenant en sens inverse la migration du cæcum, comme le fait est possible lorsque, par quelques coups de scalpel, on a séparé

(1) Quelques remarques sur le développement et la torsion de l'intestin. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1889, p. 133. Torsion de l'intestin. *Ibidem*, p. 188

les adhérences qui unissent la racine du mésentère à la troisième portion du duodénum, ou lorsqu'on prend un intestin où ces adhérences manquent, comme celui de la fouine. Nous avons pu le constater de

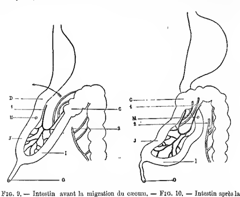


FIG. 9. — Intestin avant la migration du cæcum. — FIG. 10. — Intestin après la migration du cæcum. La torsion est effectuée.

Le point M (muscle suspenseur) restant fixe, de même le point O (canal ombilical), et le cæcum C exécutant sa migration suivant le sens de la flèche, tout le méso, contenant les ramifications de l'artère mésentérique supérieure 1, tourne autour de la ligne M O, la partie I (iléon) venant en avant, puis ensuite comme sur la figure 10, J, jéjunum ; 2, artère mésentérique inférieure.

même, sans la moindre préparation, chez un embryon humain de 4 centimètres et demi ; le mésentère flottant encore librement au-devant du duodénum et étant, par conséquent, détordable.

5. — L'espace pelvi-rectal supérieur (1).

Des recherches anatomiques, poursuivies avec M. Quénu à l'amphithéâtre des hôpitaux, nous ont conduit à une conception de l'espace pelvi-rectal supérieur un peu différente de celle de Richet. Nos dissec-

(1) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 325, et *Chirurgie du rectum*.

tions nous ont montré que ce grand espace devait être divisé en deux loges, l'une méritant le nom d'espace pelvi-rectal supérieur, l'autre celui de loge rétro-rectale. Le décollement avec le doigt et les injections au suif établissent qu'en arrière du rectum existe une loge limitée latéralement par les aponévroses sacro-recto-génitales, venues des trous sacrés antérieurs. Cette loge descend jusqu'à la partie supérieure de l'anus et reste partout indépendante des deux grands espaces latéraux, immédiatement sus-jacents aux releveurs.

A chacune de ces loges correspond une distribution vasculaire distincte, à la loge rétro-rectale aboutit la terminaison des vaisseaux mésentériques inférieurs, tandis que les loges latérales renferment toute la distribution viscérale de l'hypogastique, dont l'ensemble forme une sorte d'éventail dont le sommet répond à la grande échancrure sciatique par où, de la sorte, le tissu cellulaire pelvi-rectal communique avec les couches profondes de la fesse.

Cette différenciation de la loge rétro-rectale a son intérêt au point de vue chirurgical, à cause des phlegmons et abcès dont elle peut être le siège.

6. — **Le quadriceps de la cuisse** (1).

Reprenant une conception ancienne et délaissée du grand muscle extenseur de la jambe sur la cuisse, nous avons montré que, dans bon nombre de cas, ce muscle méritait sans discussion le nom de quadriceps, qu'il existait à sa face profonde un gros tendon recevant les fibres de sa portion moyenne ou crurale et que, dans les cas où la division en quatre portions était très marquée, il existait entre elles une bourse séreuse liée à une absence de fusion de ces quatre portions.

Cette disposition est intéressante en ce qu'elle explique parfaitement l'existence des deux variétés de rupture du triceps, qu'avait cliniquement observées Gosselin; l'une accompagnée de l'ouverture de la synoviale du genou correspondrait à la rupture totale du tendon, l'autre, sans ouverture de la synoviale, serait limitée au tendon superficiel (droit antérieur), bien nettement séparé dans certains cas du tendon profond (crural) et pouvant, par conséquent, se rompre isolément.

(1) Note sur l'anatomie du quadriceps, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 24 février 1888, p. 196, et 16 mars 1888, p. 322.

7. — Anatomie du premier cunéiforme (1).

L'examen de 300 pieds nous a montré que le premier cunéiforme présentait une forme variable. Sa face antérieure est bien, dans un certain nombre de cas, demi-circulaire et convexe, suivant les données classiques. Mais le plus souvent, on constate déjà un léger étranglement de cette facette articulaire antérieure, qui est manifestement rétrécie au niveau de la partie moyenne de sa hauteur. Un degré de plus dans la déformation, et l'on voit (20 0/0 des cas) la facette antérieure du cunéiforme nettement séparée en deux par un sillon large à ses extrémités, très mince à sa partie moyenne, où il semble tracé avec une aiguille. Enfin, dans 2 0/0 des cas, il existe une séparation complète du premier cunéiforme en deux petits os superposés, fait déjà observé par Delmas, Friedlowky et Le Dentu.

Ces deux osselets sont articulés suivant le type des arthrodies et réunis à la fois par des ligaments périphériques, interne et externe, et par un ligament interosseux très fort, situé à la partie antérieure externe.

Ces variations dans la configuration du premier cunéiforme entraînent des déformations correspondantes des surfaces articulaires du premier métatarsien et du scaphoïde.

8. — L'artère obturatrice et ses anomalies (2).

A propos de deux cas d'anomalies de l'artère obturatrice, nous avons montré que l'artère anormale, née d'un tronc commun avec l'épigastrique, pouvait tantôt contourner le pubis et l'insertion pubienne du ligament de Gimbernat, tantôt longer l'arcade crurale et se réfléchir sur le bord tranchant de ce ligament, occupant par conséquent, suivant le cas, un point quelconque du pourtour de l'anneau crural.

Faisant une série de recherches sur l'anatomie de la région, nous avons pu constater que les anomalies veineuses étaient plus fréquentes que les anomalies artérielles dans la proportion de 2 à 1. Le plus sou-

(1) Note sur l'anatomie du premier cunéiforme (en collaboration avec M. MORDRET). *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1889, p. 71.

(2) Quelques remarques à propos d'une double anomalie de l'artère obturatrice (en collaboration avec M. E. CHEVALIER). *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1887, p. 865.

vent, la veine obturatrice se termine par deux branches qui vont l'une dans la veine hypogastrique, l'autre dans la veine iliaque externe près de l'arcade de Fallope, fait en rapport avec les recherches embryologiques de Meckel qui ont établi que, dans la vie embryonnaire, les vaisseaux obturateurs ont deux origines, une de l'hypogastrique, une de l'iliaque externe.

Ces anomalies, tant artérielles que veineuses, sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

A part le cas d'origine anormale, l'artère obturatrice, contrairement à l'opinion classique, se trouve au-dessous du nerf à son entrée dans le canal sous-pubien.

9. — Le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre (1).

Au cours de recherches faites à l'amphithéâtre des hôpitaux avec M. Quénu, nous avons constaté, sur des coupes après congélation, qu'il existait, à des degrés divers de développement, suivant les sujets, un prolongement de la plèvre droite en forme de cul-de-sac s'enfonçant derrière l'œsophage, entre la colonne vertébrale et ce conduit, auquel il constitue une sorte de séreuse de glissement, qui s'étend quelquefois jusqu'au-devant de l'aorte. Cette disposition de la plèvre, qui nous a frappés dans nos recherches, est figurée sur une des coupes de l'atlas de Braun. Notre maître M. Farabeuf nous a dit l'avoir constatée; elle serait, suivant lui, surtout développée dans les thorax en carène. Ce cul-de-sac est de moins en moins profond à mesure qu'on s'élève; il s'arrête, en haut, immédiatement au-dessous de la crosse de la grande veine azygos. Nous l'avons retrouvé, avec sa disposition typique, sur des coupes en série de fœtus de souris à terme, que nous avait obligeamment prêtées le professeur M. Duval.

10. — Recueil de faits.

Cartilage thyroïde dépourvu de grande corne. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 23 janvier 1885, p. 51.

Ossification des ligaments coraco-claviculaires. *Ibidem*, 4 mars 1887, p. 101.

(1) *Traité de chirurgie*, 1891, t. V, figure 105, et *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1891, p. 84.

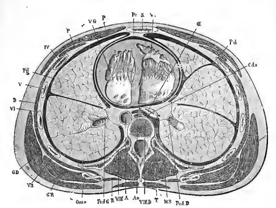


FIG. 11. — Coupe du thorax au niveau du mamelon.

Sur cette coupe, faite après congélation, chez une femme de quarante ans environ à l'amphithéâtre de Clamart, on voit très développé le cul-de-sac, *Cd s*, qu'envoie la plèvre droite en arrière de l'œsophage *Œ*, en avant de la grande veine azygos *AZ*, jusqu'au contact de l'aorte *A*. Les cavités pleurales, droite *Pd* et gauche *Pg*, ainsi que la séreuse péricardique *Pe* sont marquées en noir. En *Ped D* et *Ped G* on voit la coupe des pédicules pulmonaires, droit et gauche, en *VD* et *VG* les ventricules, en *S* le sternum. *VIIID* est la 8e dorsale. *IV, V, VI, VII, VIII*, représentent les 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes. *Omo*, l'angle de l'omoplate. *MS*, masse des muscles de gouttières vertébrales. *P*, grand pectoral. *p*, petit pectoral. *D*, grand dentelé. *GD*, deltoïde. *GR*, grand rond. *R*, rhomboïde, *T*, trapèze.

Comme on le voit sur la figure, il est possible d'aborder l'angle des côtes en ne sectionnant que le rhomboïde.

II. — PATHOLOGIE EXTERNE

1. — Publications didactiques.

Traité de chirurgie. — Appelé à collaborer à la rédaction du *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de nos maîtres MM. S. Duplay et P. Reclus, nous y avons exposé les maladies du plancher buccal, des glandes salivaires, de l'œsophage et des voies aériennes.

Manuel de pathologie externe. — En collaboration avec MM. F. Terrier et A. Broca, nous avons, à partir du deuxième fascicule du tome III, pris une part active à la publication du *Manuel de Pathologie externe et de clinique chirurgicale de Jamain et Terrier*. On y trouvera les maladies de la face, des lèvres, des joues, des dents, des gencives, des maxillaires, de l'articulation temporo-maxillaire, de la langue, du plancher buccal, de la région parotidienne, du palais, des amygdales, du pharynx, de l'œsophage, des voies aériennes, du corps thyroïde; du squelette, des muscles, des vaisseaux, des nerfs et des ganglions du cou. Le dernier fascicule paru contient les maladies du thorax et du sein.

Dans ces diverses publications, nous nous sommes attaché à être aussi exact que possible, à ne citer jamais un auteur sans avoir vérifié son dire dans le texte original. Mettant à profit les travaux récents, français ou étrangers, qui ont, sur bien des points, en particulier sur les notions pathogéniques et sur les indications thérapeutiques, modifié considérablement la pathologie chirurgicale, nous sommes arrivé souvent à donner des descriptions différentes de celles de nos devanciers.

2. — Revue annuelle de chirurgie.

Chargé, depuis la fondation de la *Revue générale des sciences*, en 1890, d'y exposer les progrès de la chirurgie, nous y avons, chaque

année, succinctement résumé les principaux travaux publiés, laissant de côté nombre de faits qui ne présentent qu'un intérêt un peu spécial, nous attachant surtout à préciser les points acquis et cherchant à dégager les tendances du mouvement chirurgical ainsi que les voies dans lesquelles il s'engage.

3. — Chirurgie du rectum.

(En collaboration avec M. Quénu.)

Ce volume de 450 pages, illustré de 137 figures, presque toutes exécutées d'après des pièces ou des observations personnelles, contient l'histoire, aussi complète que nous avons pu la tracer, de l'anatomie, des modes d'exploration, des inflammations (rectites, blennorrhagie, syphilis, tuberculose), des abcès, des fistules, des rétrécissements, des hémorrhoïdes et des ulcérations de l'anus et du rectum.

Nous avons mis à contribution les écrits de nos devanciers, remontant aux sources et nous efforçant de donner une bibliographie exacte, mais notre préoccupation principale a été de faire œuvre originale, en accumulant, pendant plusieurs années, des documents cliniques, des observations cadavériques et des recherches de laboratoire. Nous avons été ainsi amenés à produire quelques idées nouvelles et à rectifier quelques opinions qui nous ont paru erronées.

Ce travail contient 75 observations personnelles, qui constituent autant de documents sur les points discutés ou nouveaux de la pathologie rectale.

4. — Le bromure d'éthyle comme anesthésique général (1).

(En collaboration avec M. H. Bourbon.)

Après avoir employé plus de 500 fois le bromure d'éthyle comme anesthésique général, nous avons pensé qu'il nous était permis de publier le résultat de nos observations.

Le bromure d'éthyle doit être donné à doses massives et pendant un temps extrêmement court. Nous avons toujours opéré moins d'une

(1) *Revue de chirurgie*, 1893, p. 701.

minute après le début des inhalations, que nous suspendons d'une manière complète, laissant le malade respirer à l'air libre.

Lorsque l'opération dépasse cinq minutes, il faut recourir à l'administration successive du bromure d'éthyle et du chloroforme, faisant passer le malade d'une anesthésie dans l'autre. Cette méthode d'anesthésie successive par le bromure d'éthyle, puis par le chloroforme, abrège la période nécessaire pour endormir le malade, mais, contrairement à ce qu'on a dit en se fondant sur des raisons théoriques (congestion céphalique de l'anesthésie bromhydrique), elle ne met pas à l'abri de la syncope chloroformique.

Dans ce travail, qui contient une bibliographie étendue de la question, nous avons insisté sur la gravité de l'emploi du bromure d'éthylène, que quelques chirurgiens ont confondu avec le bromure d'éthyle.

5. — Valeur séméiologique de l'hypoazoturie (1).

Nous fondant sur l'analyse répétée des urines de 43 malades, presque toutes observées dans le service gynécologique de M. le professeur F. Terrier, nous sommes arrivés, M. Gundelach et moi, à cette conclusion que la valeur séméiologique et pronostique de l'hypoazoturie n'a qu'une importance des plus minimes et qu'elle n'est, dans l'immense majorité des cas, d'aucune utilité pour le chirurgien.

6. — Luxations de l'épaule (2).

(Travail du laboratoire du professeur Farabeuf.)

Ayant eu l'occasion d'étudier quelques pièces de luxation extra-coracoïdienne ancienne, nous avons cherché, M. A. Broca et moi, à contrôler certaines assertions de Malgaigne relativement à cette luxa-

(1) Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de l'hypoazoturie au point de vue du diagnostic et du pronostic des affections chirurgicales (en collaboration avec M. Ch. Gundelach). *Annales de gynécologie*, 1890, t. I, p. 17.

(2) Contribution à l'étude des luxations de l'épaule (luxations dites incomplètes de l'épaule, décollements périostiques, luxations directes et luxations indirectes), par A. Broca et H. Hartmann. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1890, 5e série, t. IV, p. 416. — Luxations anciennes de l'épaule, luxations récidivantes. *Ibidem*, p. 416.

tion qu'il appelle sous-coracoïdienne incomplète. Comme le professeur Panas, nous avons été amené à rejeter la *luxation incomplète*.

Il n'en existe pas d'autopsie probante et, de plus, l'expérimentation ne permet de concevoir la fixité caractéristique d'une luxation que si la partie postérieure du col huméral vient s'engrener sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, c'est-à-dire si la luxation est complète.

De plus, l'opinion de Malgaigne, qui veut que cette *luxation extra-coracoïdienne* se produise sans déchirure capsulaire, ne peut être comprise dans le sens que lui donne cet auteur (intégrité de l'articu-

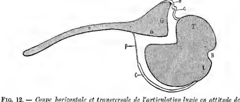


FIG. 12. — *Coupe horizontale et transversale de l'articulation luxée en attitude de rotation externe, avec léger écartement de la cavité articulaire*. Les parties teintées étant les coupes osseuses ; *sur l'omoplate*, *e*, lame de l'omoplate ; en regard de *o*, surface dénudée du col ; en regard de G, surface glénoïdienne. Ces deux surfaces à angle droit, s'engagent dans l'encoche de la *tête humérale*, sur laquelle on voit en T la grosse tubérosité, en *t*, la petite tubérosité, en B, la coulisse bicipitale. — C, *Capsule*. Dans cette attitude, la partie postérieure, *c*, est relâchée, elle se continue avec *b*, bourrelet glénoïdien. La partie postérieure, C, est en continuité avec *p*, lame périostique beaucoup plus mince.

lation), l'expérimentation sur une épaule saine montre que la luxation sans déchirure, ni décollement capsulaire, est impossible.

L'erreur de Malgaigne provient de ce fait, qu'il y a des luxations *sans déchirure capsulaire* mais avec *décollement périostique* de la face antérieure du col de l'omoplate, après désinsertion du bourrelet glénoïdien tout le long du bord glénoïdien antérieur fracturé en bas.

Ce décollement périostique, que l'on voit représenté sur la figure 12, n'est pas spécial aux luxations extra-coracoïdiennes. On l'observe à la même place, mais plus étendu, dans des luxations sous-coracoïdiennes (fig. 13 et 14. L.-H. Farabeuf) et intra-coracoïdiennes. Nous

en avons réuni 8 pièces, dont 5 accompagnées de fractures du rebord glénoïdien.

Expérimentalement, on reproduit facilement ces luxations avec

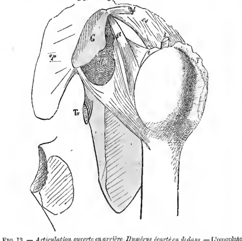


FIG. 13. — *Articulation ouverte en arrière Humérus écarté en dedans.* — L'omoplate (glène *G* et corps est marquée d'une teinte); *Tr*, insertion tricipitale; *cp*, partie postérieure de la capsule réclinée en collerette; *cs*, partie supérieure, conservée, de la capsule; *gh*, ligament sus-gléno-pré-huméral; entre *cs* et *gh*, boutonnière du sous-scapulaire, que l'on voit venir s'insérer à *t*, petite tubérosité. En *T*, grosse tubérosité; *N*, orifice de la cavité accessoire; *bb*, tendon du biceps, sectionné. La petite figure montre, sur la face antérieure du col scapulaire, la partie dénudée qui constituait la nouvelle surface articulaire.

décollement périostique, en frappant violemment la grosse tubérosité d'un humérus, placé en rotation externe, pour peu qu'on ait préalablement amorcé le décollement du bourrelet glénoïdien, ce qui est

facile à faire avec une pointe de scalpel introduite par la fente du sous-scapulaire.

Ces luxations seraient donc des *luxations par cause directe*, mais différeraient des luxations *médio-glénoïdiennes* de Panas en ce que le déplacement se ferait à la faveur d'un décollement capsulo-périostique et non d'une déchirure capsulaire proprement dite, le choc ayant appliqué la tête contre le bord de la glène et non contre la capsule.

Dans un deuxième mémoire, nous avons décrit les déformations osseuses consécutives aux *luxations anciennes*, laissant de côté les lésions d'ordre inflammatoire, insistant sur la déformation de la tête humérale et sur la constitution de la nouvelle cavité articulaire.

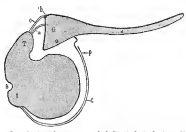


FIG. 14. — *Coupe horizontale et transversale de l'articulation luxée.* — Même position et mêmes lettres que sur la fig. 12. En *a*, adhérence néoformée entre la grosse tubérosité humérale et la partie postérieure de l'ancienne glène.

La tête humérale se creuse d'un sillon qui, le plus souvent constitué par une sorte de rigole assez régulière, peut exceptionnellement être limité par deux plans de tissu spongieux se rejoignant à angle droit et semblant taillés à la scie, ou, au contraire, être recouvert de tissu fibreux. Son siège est en rapport avec la situation de la tête déplacée; il répond au bord glénoïdien.

Débutant toujours au niveau du col anatomique, il empiète plus ou moins sur la lèvre interne ou sur la lèvre externe de ce col. Suivant que la luxation est plus ou moins proche, il creuse la tête à peu près seule (extra coracoïdienne), à peu près également la tête et la grosse

tubérosité (sous-coracoïdienne), à peu près exclusivement la grosse tubérosité (intra-coracoïdienne). Dans la luxation sous-claviculaire l'éloignement de la tête est tel que la grosse tubérosité elle-même ne touche plus le rebord glénoïdien ; il n'y a pas de sillon.

Sur aucune pièce, nous n'avons trouvé de sillon creusé sur la surface cartilagineuse seule et pouvant être regardé comme le signe d'une luxation incomplète ancienne. Sur une seule pièce, déposée par Malgaigne, nous avons noté une dépression nette sur la surface cartilagineuse ; mais l'examen de cette tête humérale nous a montré immédiatement qu'il s'agissait d'une fracture par infraction et non d'un sillon par usure.

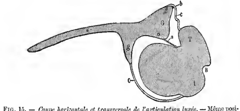


FIG. 15. — *Coupe horizontale et transversale de l'articulation luxée.* — Même position, mêmes lettres et même légende que pour la fig. 12. En outre, sur l'*omoplate* on voit en *g* l'épaulement dû à l'ossification de la lame périostique décollée ; de son angle à *t*, petite tubérosité humérale, s'étend *C*, partie antéro-interne de la capsule non déchirée et refoulée en dedans. En *a*, adhérence néoformée séparant la nouvelle cavité articulaire des restes de l'ancienne.

Du côté de l'omoplate nous ne noterons qu'un point spécial, c'est qu'il est possible, dans certains cas, que l'ossification d'une portion de périoste décollé joue un rôle dans la production du contre-fort osseux qui limite la partie interne de la néo-cavité articulaire.

Passant en revue les théories émises au sujet du mode de production des *luxations récidivantes*, dont nous possédions une pièce, nous avons montré que la récidive exige une sorte de cavité diverticulaire où, dans un mouvement spécial, la tête puisse venir se loger. Cette cavité diverticulaire semble devoir être souvent constituée par un décollement capsulo-périostique. Le ressaut, qui marque le passage entre l'attitude normale et celle de la luxation, est en rapport

avec l'existence du sillon quelquefois très profond que nous avons décrit sur la tête.

7. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'une coxite aiguë (1).

Cette observation nous a paru intéressante pour diverses raisons :

1° Il s'agissait d'une luxation obturatrice, variété rare, presque tous les cas publiés ayant trait à des luxations en arrière.

2° La réduction a été obtenue assez tardivement, au bout d'un mois, et par les seules manœuvres de douceur.

3° Pour obtenir cette réduction, j'ai dû, après mobilisation de la tête, exécuter les manœuvres indiquées pour la réduction des luxations traumatiques par Desprès père et précisées par Bigelow, tractions sur la cuisse fléchie à angle droit combinées avec quelques mouvements de rotation. C'est en recourant à la même pratique que M. Kirmisson a obtenu un succès dans un cas de luxation spontanée iliaque. Ce fait est important parce qu'il nous montre que, quelle que soit la variété de la luxation, c'est, comme dans les luxations traumatiques, par la partie faible, par la partie inférieure de la capsule que la tête sort pour évoluer secondairement, en arrière le plus souvent, quelquefois en avant.

4° Dans ce cas de luxation en avant, il y avait, comme dans les luxations en arrière, atrophie et parésie partielle des muscles fessiers constatées par l'examen électrique. Suivant la théorie qui veut que la luxation résulte d'une absence de soutien de la capsule en arrière par les muscles fessiers atrophiés, la luxation, dans ce cas, aurait dû être postérieure. En réalité, cette amyotrophie des fessiers se rencontre dans toutes les arthrites de la hanche, comme celle du quadriceps dans les arthrites du genou. Le fait que, pour rentrer la tête, il faut la faire passer par en bas, nous montre du reste, que c'est la partie inférieure de la capsule qui cède et non les parties antérieure ou postérieure. Nous croyons donc que ces luxations spontanées subites résultent de l'action d'une attitude vicieuse sur une articulation dont les ligaments ont été ramollis par l'inflammation

(1) *Revue d'orthopédie*, 1894, n° 3.

et élargis par l'hydarthrose concomitante, sans qu'on soit le moins du monde autorisé à invoquer pour les expliquer la paralysie ou l'atrophie de tel ou tel groupe musculaire.

8. — Un cas de hernie musculaire (1).

Dans cette observation typique, on retrouve tous les caractères assignés par Farabeuf à la hernie musculaire vraie :

La tumeur se produit pendant le relâchement du muscle. Elle disparaît par la distension passive du muscle, obtenue par l'éloignement de ses deux insertions et par sa tension active déterminée par sa contraction.

Le palper faisait constater, lorsqu'elle était réduite, l'existence d'un trou de l'aponévrose à son niveau. L'opération, en mettant les lésions sous nos yeux, nous a permis d'en faire en quelque sorte l'autopsie sur le vivant. Elle nous a montré, d'une part, la déchirure de l'aponévrose, de l'autre, l'intégrité du muscle sous-jacent.

9. — Anévrysme diffus de la poplitée (2).

Ce cas, publié en collaboration avec notre maître, le professeur Terrier, est remarquable par sa rareté. Il s'agissait d'une perforation de l'artère poplitée par une exostose aiguë de la bifurcation interne de la ligne âpre. Le malade guérit à la suite de l'ouverture de la poche avec ligature des deux bouts de l'artère.

Un point intéressant consiste dans ce fait que le malade avait de la fièvre avant l'opération. Or le sang recueilli, au moment de l'ouverture du foyer, était stérile. On peut donc en conclure que la fièvre tenait à la résorption de ptomaïnes formées au niveau de l'épanchement sanguin.

10. — Angiome glandulaire de la parotide (3).

A côté de l'angiome sous-cutané vulgaire, il existe une variété d'angiome, développé dans la loge même de la parotide, aux dépens des

(1) *Revue de chirurgie*, 1893, p. 508.

(2) Terrier et Hartmann. *Revue de chirurgie*, avril 1893, p. 310.

(3) Contribution à l'étude des angiomes de la région parotidienne. *Revue de chirurgie*, 1889, t. IX, p. 756.

capillaires de la glande, variété rare, décrite à tort par les auteurs sous le nom d'hypertrophie parotidienne.

Cette variété d'angiome apparaît dans les premiers temps de la vie. L'affection, unilatérale, se traduit cliniquement par les symptômes d'une hypertrophie parotidienne avec développement vasculaire considérable (réductibilité partielle, gonflement par les cris, teinte bleutée de la peau, quelquefois nævus cutané concomitant, etc.).

Elle débute par une dilatation des capillaires préexistants de la glande, mais ne tarde pas à subir la transformation caverneuse. Au niveau des parties angiomateuses, les acini sont plus petits, tassés, puis disparaissent, les canaux excréteurs résistant seuls à l'atrophie qui frappe l'élément glandulaire.

11. — Trachéotomie.

Dans une revue critique (1), publiée en collaboration avec M. A. Broca, nous avons montré les avantages de l'*anesthésie dans la trachéotomie* et fixé ses indications. Cette revue contient une étude, aussi complète que nous avons pu la faire, de l'historique de la question.

La *trachéotomie chez les très jeunes enfants* (2) étant discutée, nous avons publié 6 cas personnels de trachéotomie pour croup chez des enfants dont le plus âgé avait 18 mois. Nous avons obtenu deux guérisons, dont une chez un enfant de 11 mois et 10 jours, qui, nourri au sein, donna la diphtérie à sa mère.

12. — De l'exothyropexie (3).

A propos d'un cas d'exothyropexie, pratiquée chez une femme atteinte de goitre suffocant, nous avons montré les avantages qu'on pouvait retirer de l'opération préconisée par MM. Poncet et Jaboulay. C'est, croyons-nous, la première opération de ce genre faite à Paris.

(1) De l'anesthésie dans la trachéotomie (en collaboration avec M. A. Broca). *Revue de chirurgie*, 1887, t. VIII, p. 390.

(2) De la trachéotomie chez les très jeunes enfants. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886, p. 516.

(3) Un cas d'exothyropexie pour un goitre suffocant. *Mercredi médical*, Paris, 1895, p. 123.

La simplicité et l'efficacité de l'exothyropexie font que nous la préconisons de préférence à la trachéotomie dans le goitre suffocant.

13. — Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur (1).

De recherches anatomiques, faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, nous avons conclu, M. Quénu et moi, à la possibilité de pénétrer, sans grands délabrements, dans le médiastin postérieur. Une incision de 15 centim., faite entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale, à environ quatre travers de doigt de l'épine et répondant par son milieu à l'épine de l'omoplate ou un peu au-dessous, conduit sur l'angle des côtes en ne sacrifiant que quelques fibres inférieures du trapèze et le muscle rhomboïde. Une résection sous-périostée de 2 centim. des 3e, 4e et 5e côtes permet d'introduire facilement la main dans le thorax.

On peut ainsi aborder le lobe supérieur du poumon et la partie postérieure de la scissure interlobaire. Si l'on veut pénétrer dans le médiastin, il faut faire l'incision à gauche, le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre droite (2) empêchant toute manœuvre de ce côté.

14. — La gastrostomie dans le cancer de l'œsophage ; sa technique opératoire (3).

La gastrostomie, n'étant indiquée dans le cancer de l'œsophage que comme opération palliative, doit, pour remplir son but, être sans gravité opératoire et ne s'accompagner secondairement d'aucune complication pouvant être pour le malade une cause de tourments.

Grâce aux perfectionnements successifs apportés à la technique opératoire, on peut arriver à supprimer le facteur gravité. 6 interven-

(1) Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur (en collaboration avec M. QUÉNU). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1891, n. s., t. XVII, p. 82.

(2) Voir plus haut, p. 22.

(3) Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1891, p. 117, et *Traité de chirurgie*, t. V, p. 495, et BOUSQUET. *De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage*, th. Paris, 1892-1893, n° 157.

tions consécutives, pratiquées soit par M. Terrier, soit par ses élèves, suivant le procédé propre à ce chirurgien, n'ont pas donné de mort opératoire.

Restaient les accidents consécutifs, en particulier la déperdition de suc gastrique et les érythèmes de la paroi qu'elle entraîne. En présence de l'impuissance des divers obturateurs, qui n'aboutissent en somme qu'à dilater la fistule, nous nous sommes contenté de réduire à son minimum l'ouverture de l'estomac et nous avons alimenté les malades avec une sonde uréthrale rouge n° 13, introduite au moment de chaque repas. Le résultat a été parfait chez deux opérés traités de cette manière, l'un par nous, l'autre par notre ami, H. Delagénière (du Mans).

Chez un 7e malade, pendant les deux mois et 7 jours de survie, il n'y eut aucun écoulement par la fistule, à part les derniers jours où le malade avait été pris d'une toux opiniâtre qui était suivie du rejet d'un peu de suc gastrique.

Depuis cette publication, nous avons eu l'occasion de pratiquer, dans le service de notre maître le professeur Terrier, une série d'autres gastrostomies chez les malades à paroi abdominale assez épaisse; nous croyons qu'il est plus simple de recourir à l'incision médiane, le seul point important pour éviter la déperdition du suc gastrique étant d'obtenir la formation d'un canal d'une certaine longueur, fermé par l'adossement des plis muqueux.

15. — Kystes du pancréas (1).

L'amaigrissement, les douleurs locales et la dyspepsie sont des symptômes à peu près constants des kystes du pancréas; dans un certain nombre de cas, il s'y joint de la stéatorrhée et de la glycosurie. Rapprochés de la constatation d'une tumeur kystique dans la région du pancréas, ces symptômes permettent de poser le diagnostic.

La tumeur, née profondément, étale et distend la portion d'épiploon intermédiaire à l'estomac et au côlon transverse, refoulant en haut l'estomac, en bas le côlon. De plus, située au contact de la paroi pos-

(1) Note sur les kystes du pancréas. 5e *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1891, p. 618.

térieure de l'abdomen, elle peut, comme nous l'avons constaté, donner lieu à la sensation, dite de ballottement par M. Guyon. Ce ballottement est directement antéro-postérieur et diffère de celui des tumeurs du rein en ce qu'il n'a pas son maximum lorsqu'on déprime le sommet de l'angle costo-vertébral.

Rapprochant l'histoire de la malade que nous avons opérée des autres observations que nous avons pu parcourir, nous sommes arrivé, contrairement à l'opinion courante (Senn, J. Bœckel), à conclure qu'il ne s'agissait pas là de kystes par rétention. Il nous a été facile d'établir par la relation d'examens anatomo-pathologiques que ces kystes ont souvent des caractères franchement néoplasiques, qu'il s'agit d'épithéliomas kystiques et que, du kyste uniloculaire à paroi lisse, rappelant par son aspect le kyste par rétention, jusqu'aux productions kystiques dont la malignité est démontrée par la généralisation au foie, on a tous les intermédiaires, en passant par les kystes à face interne grenue, présentant des dépressions pariétales et même des perforations spontanées, par ceux à excroissances molles, enfin par ceux dont la face interne est recouverte de végétations, elles-mêmes creusées de cavites tapissées par un épithélium cylindrique.

La sclérose pancréatique, notée dans quelques cas et invoquée comme cause pathogénique des kystes, peut fort bien être secondaire à ceux-ci.

L'idéal thérapeutique serait donc l'extirpation totale du néoplasme. La gravité de l'intervention ainsi pratiquée, jointe à la bénignité de l'allure de ces tumeurs cliniquement établie pour le plus grand nombre des cas, fait que nous nous sommes rallié à la simple incision avec drainage du kyste, les faits ayant démontré que cette sorte d'intervention suffisait pour améliorer considérablement les malades pendant un temps assez long, mais que l'on ne peut encore préciser, les interventions chirurgicales, pratiquées jusqu'à ce jour, étant encore de date trop récente pour permettre de conclure. Dans tous les cas, nous rejetons d'une manière absolue la ponction exploratrice, qui a plusieurs fois été le point de départ d'accidents, peut-être explicables par la présence, dans le liquide du kyste, de microbes venus de l'intestin. Chez notre malade le liquide, recueilli pendant l'opération, contenait le *bacterium coli commune*.

16 — Chirurgie des voies biliaires (1).

1° Anatomie normale de la vésicule et du canal cystique. — Reprenant l'anatomie normale des voies biliaires, nous avons constaté que la vésicule se continue avec le canal cystique en formant une sorte d'ampoule saillante à droite, *bassinet de la vésicule*. Cette ampoule est séparée du reste de la vésicule extérieurement par un sil-

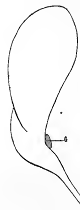


Fig. 16. — On voit en G le ganglion situé dans la concavité du bassinet de la vésicule.

lon surtout marqué à droite, intérieurement par des saillies valvulaires qui naissent à gauche d'une sorte de promontoire et vont en divergeant mourir sur les parois de la vésicule.

(1) Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, juillet 1891, p. 480. — Calcul du cholédoque, gros foie et grosse rate. Ablation du calcul. Guérison. Présentation à la *Société de chirurgie*, 1894. — Coliques hépatiques sans calcul, *Bulletin de la Société anatomique*, avril 1895.

La partie inférieure de la vésicule, le bassinet et l'origine du canal cystique forment un ensemble qui décrit une sinuosité à concavité gauche. Dans cette concavité se trouve un *ganglion*, indépendant de



Fig. 17. — Vésicule et canal cystique, insufflés puis ouverts après dessiccation.

la chaîne qui va au hile du foie et recevant les lymphatiques de la vésicule. L'engorgement de ce ganglion peut faire croire à l'existence d'un calcul, comme le fait s'est présenté dans une opération de notre maître, M. F. Terrier.

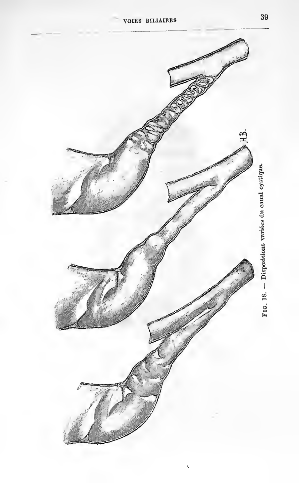


Fig. 18. — Dispositions variées du canal cystique.

Sur la face interne du canal cystique, on trouve une série de replis ou valvules qui présentent une *variabilité très grande*, et qui, dans un très grand nombre de cas, empêchent le passage d'un cathéter dans le canal. Quant à l'apparence spiroïde du canal, signalée par nombre d'auteurs, elle ne s'observe que sur les pièces insufflées et

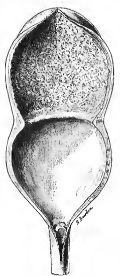


Fig. 19. — La partie lisse contenait un calcul.

desséchées ; elle est due à la distension inégale des parties plus ou moins résistantes à l'insufflation, l'épaisseur de la paroi étant manifestement plus grande au niveau des parties rétrécies.

2° **Anatomie pathologique de la cholécystite calculeuse.** — Lorsqu'il existe des *calculs biliaires*, on observe fréquemment, surtout lors

de gros calculs, des *modifications dans la forme* et *dans l'aspect de la vésicule*. Les parties en contact avec le calcul sont lisses, fibreuses, alors que le reste de la vésicule conserve l'aspect muqueux, réticulé, normal. Entre les deux la séparation est nette ; un rétré-

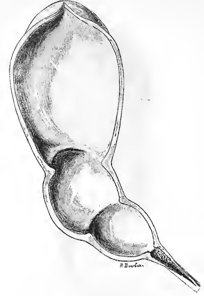


Fig. 20. — Il y avait trois calculs séparés par des rétrécissements.

cissement limite en effet le plus souvent la loge du calcul, tendant à enchatonner celui-ci (fig. 19). Lorsque ce rétrécissement est marqué, il peut gêner l'opérateur et l'obliger, soit à faire des débride-

ments, soit à fragmenter le calcul avant de chercher à l'extraire. Dans certains cas de gros calculs multiples, en partie descendus dans le canal cystique, on peut voir la partie supérieure de celui-ci se dilater pour se mouler comme la vésicule sur les calculs, dont les logettes sont séparées par des rétrécissements intermédiaires (fig. 20).

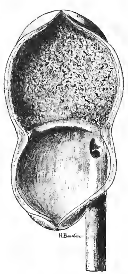


Fig. 21. — Le calcul a déprimé le bassinet au-dessous de l'abouchement du canal cystique.

Il existe enfin toute une catégorie de cas où le calcul, en se développant, distend la partie droite du bassinet de la vésicule et le creuse en quelque sorte, formant ainsi au-dessous de l'embouchure du canal cystique une grande poche qui continue la vésicule et au fond de

laquelle on serait tenté de chercher son canal excréteur au cours d'une opération, si on voulait en faire le cathétérisme. Cette formation d'un cul-de-sac par distension du bassinet de la vésicule ne doit pas être rare. Sur 14 vésicules contenant de gros calculs, nous l'avons relevée 5 fois, à des degrés divers de développement. Si elle n'a pas été notée d'une manière spéciale par les auteurs qui se sont occupés de la lithiase biliaire, cela doit tenir, d'une part, à ce que cette disposition ne présentait avant l'ère chirurgicale actuelle qu'un intérêt purement spéculatif, d'autre part à ce que souvent le canal cystique reste accolé à cette partie du bassinet distendue en cul-de-sac et que, par suite, à un examen superficiel, le canal semble comme normalement émerger de son fond (fig. 21).

Autour de ces vésicules calculeuses enflammées se développent souvent des *péricystites chroniques*, caractérisées par la substitution graisseuse du foie et l'accumulation de tissu fibro-adipeux autour de la vésicule, ce qui permet, dans certaines cholécystectomies, d'énucléer la vésicule d'une loge en quelque sorte extra-péritonéale, que l'on peut fixer à la plaie de la paroi et drainer en toute sécurité.

Cette inflammation chronique se propage quelquefois à l'épiploon adhérent, déterminant ainsi la production de véritables tumeurs d'*épiploïte chronique* qui occupent une bonne partie de l'abdomen.

3° **Cathétérisme des voies biliaires.** — Le *cathétérisme des voies biliaires*, pratiqué après ouverture large de la vésicule, ne permet de conclure que lorsqu'il donne un résultat positif (perméabilité complète du canal cystique, frottement rugueux dénotant un calcul). Le fait que la bougie exploratrice butte contre un obstacle ne permet nullement d'admettre l'existence d'un rétrécissement.

On ne peut donc se fonder sur les résultats fournis par le cathétérisme pour conclure à l'ablation d'une vésicule dont on regarde hypothétiquement le rôle physiologique comme supprimé. C'est en s'appuyant sur d'autres indications, en particulier sur l'état même de la vésicule, que l'on devra pratiquer la cholécystectomie.

4° **Du ballottement de la vésicule biliaire.** — Parmi les signes fournis par les tumeurs biliaires, nous avons mentionné le ballottement, qui, d'après nos observations peut, contrairement à l'opinion de M. Le

Dentu, exister indépendamment de tout déplacement du rein. Ce ballottement est directement antero-postérieur. La main antérieure le perçoit nettement au niveau du bord externe du muscle droit lorsque la main postérieure, placée dans l'espace costo-iliaque, projette la vésicule en avant. Ce ballottement est différent de celui du rein qui, ainsi que l'a précisé notre maître, le professeur Guyon, a son maximum lorsqu'on le provoque avec un doigt engagé dans l'angle costo-vertébral. Ces différences sont en rapport avec le siège différent des tumeurs.

5° De la recherche de la vésicule biliaire atrophiée. — Un fait d'atrophie de la vésicule réduite à un petit cordon fibreux encastré dans le foie nous a permis de montrer l'importance qu'il y avait à se guider sur les rapports anatomiques pour aller à la *recherche de la vésicule rétractée*. C'est en suivant immédiatement la face inférieure du foie au niveau de l'encoche vésiculaire, que nous avons trouvé, après décollement des organes adhérents, la vésicule rétractée.

Ce même fait, où la guérison est survenue après ablation d'un calcul du cholédoque, montre, contrairement à l'opinion émise par certains médecins, qu'une *augmentation considérable du volume du foie et de la rate*, n'est, pas plus que des poussées fébriles, une contre-indication à l'opération.

6° Colique hépatique sans calcul. — A l'appui de la théorie qui veut que la colique hépatique soit uniquement déterminée par la contraction douloureuse des canaux, nous avons rapporté deux faits. Dans l'un, les coliques des plus douloureuses et des plus typiques étaient liées à l'obturation de l'ampoule de Vater par un épithélioma du duodénum; dans l'autre, il s'agissait simplement d'une cholécystite légère sans calcul. Dans ce dernier cas, l'ablation de la vésicule fut suivie d'une cessation définitive des coliques et du subictère qui les accompagnait. La guérison est restée définitive et complète après deux ans écoulés.

17. — Deux cas de splénectomie (1)

Ces deux cas de splénectomie ont trait à deux rates mobiles enlevées par la laparotomie. Dans le premier cas la torsion du pédicule d'une rate paludique, pesant 2,190 grammes, avait été le point de départ d'une péritonite aiguë. Dans le deuxième, la mobilité de la rate, qui pesait 610 grammes et tombait jusque dans l'excavation, causait des crises douloureuses avec vomissements. Dans les deux cas l'ablation de l'organe amena la cessation des accidents. Ces deux malades opérées, l'une il y a deux ans, l'autre il y a un an, sont toutes deux bien portantes. La composition du sang, tant au point de vue du nombre des globules qu'à celui de la quantité d'hémoglobine, est normale.

18. — Ulcère de l'estomac. Péritonite par perforation (2).

La laparotomie, faite trois jours après le début des accidents, nous a permis dans ce cas de désinfecter la cavité abdominale. Ne pouvant suturer l'ulcère, nous avons limité le foyer avec de la gaze iodoformée et drainé largement avec deux gros tubes la région répondant à la perforation. Le malade guérit après fistulisation temporaire de l'estomac.

19. — La péritonite aiguë généralisée aseptique (3).

Contrairement à l'opinion classique qui veut que la péritonite aiguë généralisée résulte toujours d'une infection de la séreuse, nous avons, avec M. Morax, admis l'existence d'une péritonite aiguë aseptique. Celle-ci se développe en particulier à la suite de la rupture de kystes ou de la torsion de tumeurs abdominales, de torsion du pédicule de la rate dans une de nos observations. L'aspect seul du péritoine et de l'exsudat ne permet pas de différencier la péritonite aseptique de la péritonite infectieuse. Les *conditions pathogéniques* de l'affection

(1) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1893, p. 340; 1894, p. 348 et 415; et Lieffring *De l'ectopie de la rate*, th. de Paris, 1893-1894, n° 516.

(2) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, mars 1895.

(3) Hartmann et Morax. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1894.

font soupçonner la nature aseptique du processus inflammatoire, celle-ci devient évidente à la suite des résultats négatifs de l'*examen bactériologique*.

Nous avons vu la péritonite cesser dès que la tumeur, cause de l'irritation du péritoine, est enlevée, et cela sans le moindre lavage, sans la moindre toilette de la séreuse. Le pronostic de ces péritonites aseptiques est donc relativement bénin, *caractère évolutif* qui contribue à établir une différence capitale entre elles et les péritonites infectieuses.

20. — La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant (1).

(En collaboration avec M. ALDIBERT.)

Trois laparotomies pour péritonite tuberculeuse chez l'enfant, rapprochées de 45 autres cas, nous ont permis d'étudier les indications et les résultats de cette opération. Pour apprécier ceux-ci, nous avons tenu à ne prendre que les observations où la tuberculose était nettement établie soit par l'examen histologique, soit par la méthode des inoculations; nous avons de plus recherché les résultats éloignés de l'intervention.

La laparotomie donne des résultats excellents dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant. Il est bon de la faire suivre d'un lavage avec une solution boriquée. Ce lavage ne complique guère l'intervention et assure l'élimination plus complète du liquide tuberculeux, fait important aujourd'hui que l'on sait que les bacilles même morts ont encore une action délétère. Le drainage, au contraire, à part le cas de péritonite suppurée, est inutile et ne peut qu'être le point de départ d'infections secondaires, de fistules, etc.

L'opération est indiquée lorsque l'état péritonéal semble occuper une place prédominante dans les manifestations tuberculeuses. La fièvre et l'état cachectique, bien loin de contre-indiquer l'opération, nous paraissent, dans les cas où ils sont principalement en rapport avec la lesion péritonéale, une indication formelle à l'intervention, quelle que soit la forme de péritonite en présence de laquelle on se trouve.

(1) *Annales de gynécologie*, juin 1892, p. 406.

21. — Du volvulus.

Nous avons montré, en indiquant la pédiculisation de l'anse oméga (1), la raison de la fréquence du volvulus sur le côlon iliaque.

Dans une autre publication (2), nous avons insisté sur l'importance de la distension gazeuse de l'anse volvulée, qui peut à elle seule remplir tout le ventre, et sur l'insuccès, dès lors certain, de l'entérotomie, qui n'aboutirait en pareil cas qu'à inciser l'anse tordue. Depuis lors, le même fait a été noté par bon nombre d'observateurs, entr'autres par MM. A. Broca, Péraire et surtout par von Wahl, qui, plus récemment, a insisté sur ce point dans un mémoire sur le volvulus.

22. — Cure radicale de la hernie ombilicale chez l'adulte (3).

Par une incision contournant la partie latérale gauche de la hernie, j'ouvre l'abdomen, et s'il ne pénètre dans le sac que de l'épiploon, je saisis celui-ci entre les mors d'une pince, le sectionne et excise en masse l'anneau et le sac avec l'épiploon qui s'y trouve. L'opération est terminée par une suture à 3 étages. Nos résultats sont consignés dans la thèse de M. Brodier.

23. — Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies (4).

A côté des causes ordinaires de l'irréductibilité des hernies non étranglées (adhérences inflammatoires, perte de droit de domicile, etc.), nous en décrivons d'autres plus rares : 1° l'adhérence en quelque sorte naturelle de l'intestin à la paroi du sac ; 2° l'augmentation de volume d'une des parties herniées.

1° L'intestin hernié, qui est alors toujours le gros intestin, est fixé à la paroi du sac par le repli péritonéal qui normalement l'unit à la

(1) Voir plus haut, page 17.

(2) Volvulus de la première portion de l'intestin grêle. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1er octobre, 1886, p. 584, et *Progrès médical*, 1887, p. 11

(3) Henri Brodier. *Cure radicale de la hernie ombilicale chez l'adulte*, th. de Paris, 1892-1893, et *Gaz. des hôp.*, 26 août 1893, p. 917.

(4) Voir *Bulletins de la Société clinique*. Paris, 1887, t. XI, p. 18, et *France médicale*, 1887.

paroi abdominale ; en un mot, son insertion a glissé en dehors de l'anneau. Cette variété d'adhérences, décrite autrefois par Scarpa, sous le nom d'adhérence charnue naturelle, avait été niée par Gosselin et était tombée dans l'oubli. Les opérations de cure radicale, qui se sont multipliées depuis la publication de cette note, en ont bien montré l'importance.

2° L'augmentation de volume de l'organe hernié, cause de son irréductibilité, peut être due à un néoplasme. C'est là un fait exceptionnel et nos observations nous conduisent à admettre que la cause principale de ces irréductibilités par excès de volume est l'hypertrophie d'une des parties graisseuses contenues dans la hernie (frange épiploïque du gros intestin, graisse de l'épiploon), hypertrophie quelquefois si considérable qu'elle peut entraîner l'irréductibilité en l'absence de toute adhérence concomitante.

24. — Plaies abdominales avec hernie de l'épiploon (1).

D'une étude critique des travaux antérieurement publiés et d'observations personnelles, nous avons conclu qu'au lieu de laisser le moignon épiploïque au dehors, il fallait, après avoir désinfecté les parties, attirer un peu au dehors l'épiploon, faire porter une ligature sur des tissus sains, sectionner au-dessus de la ligature, réduire, puis suturer la plaie abdominale.

25. — Les différentes formes anatomiques et cliniques de la typhlite tuberculeuse (2).

Dans une série de communications faites à la Société anatomique, avec présentation de pièces à l'appui, nous avons, avec notre ami A. Pilliet, établi l'existence, à côté de la tuberculose cæcale ulcéreuse vulgaire, caractérisée par la présence d'ulcérations disséminées dans

(1) Contribution à l'étude du traitement des plaies récentes de l'abdomen avec hernie de l'épiploon. *Revue de chirurgie*, 1886, t. VI, p. 389.

(2) Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région (en collaboration avec M. A. Pilliet). *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, juillet 1891. Tuberculose cæcale, *ibidem*, mars 1890. Ulcérations tuberculeuses du gros intestin (cæcum et anus), *ibid.*, mars 1892.

le cæcum et dans les autres parties du gros intestin, d'une forme de



FIG. 22. — *Tuberculose iléo-cæcale.*

La valvule a disparu. Toute la région iléo-cæcale est déformée, ulcérée et rétrécie par le fait d'un épaississement scléro-adipeux péri-intestinal. Sur cet intestin ouvert on voit l'abouchement très élargi de l'appendice iléo-cæcal.

tuberculose plus spécialement localisée à la région iléo-cæcale.

Celle-ci débute par la valvule, s'étend à toute la muqueuse du cæcum qu'elle boursoufle, et, à part les poussées fébriles, inconstantes du reste, affecte les allures cliniques d'une tumeur, d'autant qu'il se forme autour du cæcum une masse scléro-adipeuse, épaisse et résistante, qui évoque l'idée d'un néoplasme.

Cliniquement, on peut lui distinguer deux aspects différents : l'un caractérisé par le développement d'une péritonite localisée péricæcale; l'autre par des symptômes de rétrécissement de l'intestin. Dans cette dernière variété, il est quelquefois difficile de distinguer, même les pièces en mains, la typhlite tuberculeuse d'un néoplasme malin.

Les lésions, histologiquement étudiées par notre ami, A. Pilliet, diffèrent sensiblement de celles de la tuberculose ulcéreuse vulgaire. Les follicules tuberculeux sont relativement plus rares, l'infiltration embryonnaire, au contraire, plus marquée.

Les caractères anatomiques rappellent en un mot ceux du lupus, ce qui s'explique peut-être par ce fait qu'ici, comme à la peau, l'ulcération tuberculeuse, étant exposée, est le siège d'infections secondaires et de lésions surajoutées qui ont le temps de se développer, l'affection ne présentant, dans ces divers cas, que les caractères d'une tuberculose atténuée.

26. — Rétrécissement inflammatoire iléo-cæcal (1).

Le rétrécissement occupait la région iléo-cæcale déformée; son calibre ne mesurait que celui d'une plume d'oie; il fut extirpé et l'ablation suivie d'une entérorrhaphie circulaire à la soie. Aujourd'hui, plus de deux ans après l'opération, la malade est en parfaite santé.

27. — Pathogénie de la phlébite hémorrhoïdaire (2).

Admise par Gosselin, la phlébite hémorrhoïdaire était, jusqu'à ces dernières années, peu connue dans ses causes. Les premiers, nous avons. M. Lieffring et moi, recherché si les thromboses hémorrhoï-

(1) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1893, p. 524, et 1894, p. 700. — BAILLET, *De la résection du segment iléo-cæcal de l'intestin*, Th. de Paris, 1893-1894.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1893, 20 janvier, p. 69; 10 mars, p. 161.

daires n'étaient pas, comme les thromboses de la phlegmatia, le résultat d'une irritation de l'endoveine par des agents microbiens. Tandis que des cultures du sang, pris dans les vaisseaux de prolapsus hémorrhoïdaires non enflammés, sont restées stériles, celles du caillot d'hémorrhoïdes thrombosées ont constamment donné des résultats positifs. Le plus souvent, il s'est agi du bacterium coli. Celui-ci nous a donc paru l'agent habituel de la thrombose hémorrhoïdaire. Nous devons cependant ajouter que, dans quelques cas rares, le streptocoque a été trouvé à l'exclusion de ce bacterium coli.

Dans un cas même, il jouissait de toute sa virulence, et ses cultures, inoculées par notre ami M. Besançon à l oreille d'un lapin, ont provoqué le développement d'un érysipèle bien caractérisé.

Ces divers résultats ont été presque immédiatement confirmés par les travaux de MM. Quénu et Lesage au laboratoire de Clamart.

28. — Abcès péri-anaux-rectaux (1).

Nos recherches ont porté principalement sur trois points : sur la *pathogénie*, sur le *siège* et sur le *traitement* de ces abcès :

1° Dans une série de communications, faites à la Société anatomique avec notre ami, M. Lieffring, nous avons établi que ces abcès peuvent contenir des micro-organismes divers, du bacterium coli le plus souvent, quelquefois du streptocoque, du staphylocoque, un microbe tétragène, etc. Nous avons montré qu'il fallait faire une place particulière au bacille tuberculeux que l'on trouve fréquemment associé dans cette région aux autres agents pathogènes habituels de la suppuration. Son rôle est plus grand qu'on ne l'a dit jusqu'ici; sur 12 abcès de la région anale, nous avons pu en démontrer sept fois fois l'existence. L'abcès tuberculeux de la région anale peut être la première manifestation de la tuberculose, que l'on a dès lors tendance à méconnaître, que l'on méconnaît même d'autant plus facilement que, par suite de l'infection secondaire dont le foyer tuberculeux est le siège, l'abcès peut s'échauffer et prendre des allures d'abcès aigu ou

(1) *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1893, p. 69, 161 et 517. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, avril 1894. — *Chirurgie du rectum*, p. 127 et suivantes; *Presse médicale*, mars 1895.

tout au moins subaigu. L'expérimentation seule peut, dans ces cas, établir qu'on se trouve en présence d'un abcès tuberculeux.

L'absence habituelle d'ulcération ou de perforation du conduit fait que nous avons été amené à accorder une large place, dans la genèse de ces abcès, à des lymphangites, qui s'expliquent facilement par la fréquence des excoriations du canal anal, au cours de la défécation.

2° Au point de vue du siège, nous avons précisé avec M. Quénu le mode de production des abcès sus et sous-jacents au releveur coccy-périnéal.

Nous avons montré que l'on devait distinguer des abcès pelvi-rectaux supérieurs proprement dits des suppurations développées en arrière du rectum dans la loge rétro-rectale, véritables adénophlegmons de cette loge.

A propos des collections de la fosse ischio-rectale nous avons établi une distinction entre les abcès propagés de l'espace pelvi-rectal supérieur et ceux nés d'une lymphangite primitivement sous-sphinctérienne,

3° Le traitement nous a semblé pouvoir être résumé en un mot : l'incision doit être large et mettre à découvert toute l'étendue de l'abcès, ce qui, comme nous l'avons démontré, n'oblige nullement à fendre dans tous les cas, toute l'épaisseur des tuniques rectales.

29. — Blennorrhagie ano-rectale (1).

Dans ce travail nous avons établi que la blennorrhagie intra-rectale, contrairement aux expériences de Bonnière, existe bien réellement et qu'au niveau de l'anus, elle peut être le point de départ d'ulcérations où foisonne le gonocoque.

30. — Rétrécissements périrectaux chez la femme (2).

Les rétrécissements périrectaux chez la femme peuvent être déterminés par l'enserrement du rectum dû à une inflammation chronique du tissu cellulaire des ligaments larges, à une salpingite chronique, à un plissement du rectum maintenu par des adhérences.

(1) *Annales de gynécologie*, 1895, p. 77.
(2) *Annales de gynécologie*, 1894, t. II, p. 420.

31. — **Rétrécissements du rectum** (1).

Nous fondant sur l'étude clinique de 21 malades atteints de rétrécissements dits syphilitiques du rectum et sur l'examen anatomo-pathologique de 12 pièces, nous avons, avec M. Toupet, cherché à préciser la nature de cette variété de rétrécissements.

Nos recherches cliniques nous ont fait constater la fréquence de la syphilis (8 sur 21 cas), celle de la tuberculose, l'inconstance de ces deux états, qui, tous deux peuvent manquer à la fois.

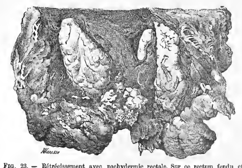


FIG. 23. — Rétrécissement avec pachydermie rectale. Sur ce rectum fendu et ouvert on voit, outre des productions végétantes, de grandes plaques cutanées.

Nos recherches anatomiques nous ont montré la rareté de l'ulcération au niveau du rétrécissement et en même temps des modifications de la muqueuse.

Au revêtement épithélial cylindrique avec glandes en tubes se substitue un revêtement d'épithélium pavimenteux avec corps papillaire irrégulier. Cette substitution, que nous avons aussi observée dans

(1) HARTMANN et TOUPET. *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, décembre 1894, p. 993, et *Semaine médicale*, 27 mars 1895. HARTMANN et QUÉNU, *Chirurgie du rectum*, 1895, passim.

certaines rectites chroniques sans sténose, s'est montrée à peu près constante dans nos examens. Cliniquement, elle se traduit au toucher par une sensation de sécheresse bien différente de celle que donne une muqueuse rectale saine. Dans quelques cas même on peut voir se développer de grandes plaques allongées, ayant absolument l'aspect de la peau à l'intérieur du rectum. Il existe alors une véritable pachydermie rectale.

Cette substitution commence sur les parties saillantes de la muqueuse pour n'envahir que plus tard ses dépressions. Sur une de nos

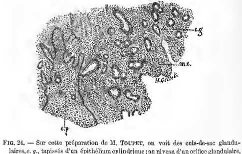


Fig. 24. — Sur cette préparation de M. Toupet, on voit des culs-de-sac glandulaires, *c. g.*, tapissés d'un épithélium cylindrique ; au niveau d'un orifice glandulaire, on voit la substitution d'un épithélium pavimenteux, *e. p.*, à l'épithélium cylindrique qui occupe le fond des culs-de-sac.

pièces nous avons pu assister à la substitution d'un épithélium à l'autre. Dans le goulot d'orifices glandulaires on trouvait des cellules allongées, semblables à celles de la couche profonde de la peau, et, au-devant de cette couche, des cellules polygonales possédant un ou même deux noyaux bien colorés. Au contraire, dans les culs-de-sac profondément situés, on retrouvait l'épithélium normal de la région, mais prenant mal les réactifs colorants, en état de mortification.

Cette substitution de l'épithélium cutané avec tous ses caractères, entr'autres la production d'éléidine à l'épithélium cylindrique, semble un fait banal qui se rencontre dans presque tous les cas. Au con-

traire, les lésions des parties sous-jacentes ne présentent pas des aspects très différents.

Sur le plus grand nombre des pièces on ne trouve que des *lésions inflammatoires diffuses*. Au-dessous de l'épithélium, lorsqu'il est conservé, au-dessous d'une simple couche de cellules embryonnaires lorsqu'il y a ulcération, on trouve des nappes scléreuses, séparées par des traînées embryonnaires diffuses, envahissant les tuniques musculaires, dissociant les fibres qui les constituent et les étouffant

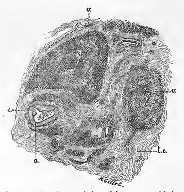


FIG. 25. — Sur cette préparation, on voit des nodules gommeux périveineux aboutissant à l'oblitération de la veine *v.*; *a.*, artère dont l'endartère, *e.*, prolifère en un point; *t. c.*, tissu conjonctif devenu scléreux.

sans disposition en nodules embryonnaires, sans altération des vaisseaux. Dans quelques cas rares, en multipliant les coupes on trouve en certains endroits des lésions tuberculeuses nettes. Le fait était des plus nets sur deux pièces que nous avions confiées à M. Sourdille.

Enfin plusieurs fois nous avons trouvé des lésions manifestement *syphilitiques*. En même temps que les lésions de l'endartère, on voyait au milieu de plaques scléreuses des amas embryonnaires se systématisant soit autour des artères, soit autour des veines.

Les nodules gommeux, bien limités, envahissent progressivement les parois de l'artère ou de la veine autour de laquelle ils se sont développés. Au degré extrême, le vaisseau est remplacé par un nodule plus ou moins volumineux dont la zone périphérique est bien limitée, dont le centre présente un commencement de désintégration cellulaire et de mortification.

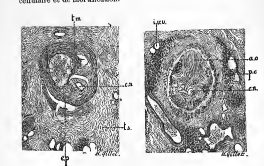


Fig. 26. — Ces préparations de M. Toupet sont destinées à montrer les lésions de l'endartérite. — A gauche, l'artère *a. o.*, est complètement oblitérée ; au milieu, on voit même des capillaires néoformés *c. n.* ; en *p. c.*, péricapillarite. — A droite, on voit, en *e. p.*, l'endartère proliféré ; *c. n.*, capillaire néoformé ; *t. m.*, tunique moyenne ; *t. s.*, tissu scléreux.

Les lésions de l'endartère sont typiques, on peut quelquefois les suivre dans leur évolution sur certains points d'un même rétrécissement. Sur les coupes faites au niveau d'un rétrécissement que nous avions extirpé chez une femme syphilitique, on voyait sur un vaisseau d'assez gros calibre, où la paroi musculaire était nettement dessinée, l'endartère présenter une saillie dépassant en épaisseur la tunique musculaire elle-même ; sur un autre vaisseau la cavité était presque entièrement comblée par des végétations arrondies, presque pédiculées, émanées de la paroi interne du vaisseau, naissant immédiatement en dedans de la tunique élastique et creusées elles-mêmes de cavités. Ce sont là les caractères de l'endartérite syphilitique.

Tous les rétrécissements extirpés chez les syphilitiques ne nous ont pas présenté ces lésions caractéristiques. Chez des malades constitutionnellement atteints, l'examen histologique du rectum ne nous a montré que des lésions inflammatoires diffuses sans lésion d'endartérite. Le rétrécissement dans ces cas était un rétrécissement inflammatoire vulgaire et la lésion syphilitique locale, si lésion syphilitique locale il y avait eu, n'avait agi qu'en ouvrant la porte à l'infection et en permettant à un processus inflammatoire banal de se développer dans le rectum.

Cette conception, émise déjà par le professeur Duplay, du rétrécissement non syphilitique consécutif à une lésion syphilitique, nous semble établie par l'histoire d'une malade que nous avons suivie pendant plusieurs années. Chez cette femme, syphilitique avérée, nous avons tout d'abord constaté une ulcération anale qui a guéri parfaitement par le traitement général, après avoir résisté à un traitement purement local. Huit mois plus tard, nous la revoyons présentant quelques phénomènes de rectite. Au toucher, la muqueuse du canal anal et de la partie voisine du rectum, dans une hauteur de 6 à 7 centim. environ, avait perdu son velouté et sa souplesse. Elle était manifestement épaissie, plus ferme. On avait la sensation d'un épaississement charnu inégal. Les lésions se limitaient supérieurement suivant un contour à peu près circulaire, au-dessus duquel on passait, *sans transition*, à une muqueuse rectale saine.

Après anesthésie, dilatation de l'anus et application d'un spéculum, il nous fut facile de confirmer par la vue les caractères des lésions constatées par le toucher. La muqueuse rectale épaissie présentait quelques plis saillants : d'une manière générale elle avait un aspect chagriné à gros grains, ressemblant à du maroquin à mamelons un peu aplatis. Les lésions commençaient dans l'anus à la limite de parties d'apparence cicatricielle et s'arrêtaient supérieurement, *suivant un contour circulaire net*, faisant relief par rapport à la muqueuse saine sus-jacente. Celle-ci avait sa teinte grisâtre normale tandis que les parties malades étaient d'un rouge vif.

La netteté de la limitation des lésions et l'intégrité absolue de la muqueuse immédiatement contiguë éliminaient l'idée d'une inflammation simple et évoquaient l'idée d'une syphilide.

L'examen histologique d'un petit fragment de la plaque excisée

confirma l'existence d'une lésion spécifique, en montrant, au milieu d'éléments embryonnaires disséminés et de quelques faisceaux fibreux, des nodules embryonnaires, limités à leur périphérie par une zone scléreuse, véritables gommes miliaires, et de l'endartérite syphilitique, caractérisée par des épaississements limités à certaines portions du vaisseau.

Quinze mois plus tard, cette malade se présentait de nouveau à nous, porteuse cette fois d'un rétrécissement avec lésions inflammatoires mal limitées de la muqueuse. Il semble bien que, dans ce cas, la rectite sténosante ait eu pour point de départ une infection au niveau d'une lésion syphilitique locale.

Tout en admettant que l'extirpation constitue à l'heure actuelle le traitement de choix des rétrécissements, nous avons établi, en étudiant les *suites éloignées* (1) de ces extirpations, qu'elles ne donnaient pas une cure radicale ; presque toujours il persiste de la rectite qui, à une époque plus ou moins lointaine, peut être le point de départ d'une nouvelle sténose.

32. — **Nouveau procédé d'ablation des rétrécissements du rectum par les voies naturelles** (2).

1er temps. — *Dilatation de l'anus.*

2e temps. — *Abaissement et isolement du rétrécissement.* — Le rétrécissement est abaissé avec des pinces et l'on sectionne circulairement le rectum autour de lui, comme la muqueuse vaginale autour du col dans l'hystérectomie vaginale. Rien de plus facile alors que de décoller les parties voisines du rétrécissement, ce qui permet d'augmenter l'abaissement au fur et à mesure qu'on avance dans la libération. Cet abaissement, en l'absence d'adhérences inflammatoires périrectales, est facile.

3e temps. — *Section du rectum et fixation à la peau du bout supérieur invaginé.* — Au moment de la section de la paroi rectale au-dessus du rétrécissement, il faut, au niveau des points qui donnent du sang, pincer toute la paroi rectale, ce qui permet à la fois d'assurer l'hémostase et d'empêcher le bout supérieur de remonter. A l'aide de quelques fils de soie comprenant dans leur anse la paroi

(1) D'après une étude de 19 malades suivis à longue échéance (*Chirurgie du rectum*, p. 324 et suivantes).

(2) *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1893.

rectale et noués sur la peau de la marge de l'anus que l'aiguille charge au passage, on maintient le bout supérieur abaissé et l'on oblitère les vaisseaux. Au bout de quelques jours, les fils ont coupé les tuniques du rectum qui remonte spontanément, sans cependant glisser trop haut, les adhérences qui se sont établies pendant la durée de sa fixation suffisant à le maintenir en bonne situation.

Une malade, opérée le 1er mars 1893, suivant ce procédé, est actuellement, deux ans après, en parfait état.

33. — **Tuberculose ano-rectale** (1).

1° *Abcès et fistules.* — Pour étudier les rapports de la fistule anale et de la tuberculose pulmonaire, nous avons d'une part recherché les signes de tuberculose chez les fistuleux, d'autre part les fistules chez les phtisiques. 23 fistules sur 48 nous ont présenté des signes permettant sinon d'affirmer, tout au moins de soupçonner la tuberculose. 31 phtisiques sur 626 portaient une fistule à l'anus (soit 4,91 p. 100). Cette fréquence de la fistule s'est montrée plus grande chez l'homme (27 sur 447, soit 6 p. 100) que chez la femme (6 sur 179, soit 3,35 p. 100).

La constatation du bacille tuberculeux dans les abcès (voir plus haut p. 5) nous a fait admettre qu'il s'agissait bien dans ces cas d'une tuberculose locale.

Au point de vue de la question si controversée du traitement, nous avons conclu que là comme ailleurs, le chirurgien devait être conduit à l'intervention par la prédominance de la part de l'état local dans la genèse des accidents éprouvés par le malade.

2° *Tuberculose du revêtement cutanéo-muqueux de l'anus.* — Laissant de côté les cas où la peau est secondairement envahie par un foyer profond, nous avons successivement décrit le lupus, la tuberculose verruqueuse et l'ulcération tuberculeuse.

Le lupus peut se présenter sous deux formes : dans l'une, il englobe à la fois les organes génitaux et la région ano-rectale ; cette forme n'a été observée que chez la femme ; dans l'autre, il est limité à l'anus et toujours alors on l'a vu se développer autour de l'orifice externe d'une fistule à l'anus.

La tuberculose verruqueuse est intéressante en ce qu'elle a dû être

(1) *Revue de chirurgie*, 1894, p. 1 à 30, et *Chirurgie du rectum*.

jusqu'ici confondue avec des papillomes ou avec des épithéliomas.

Les ulcérations tuberculeuses sont de beaucoup la lésion la plus fréquente; nous en avons recueilli personnellement 12 observations, qui, réunies à 17 déjà publiées par divers observateurs, nous ont permis de donner une description de cette affection.

Tous nos malades étaient des tuberculeux avancés; 12 fois sur 29 ils avaient de la diarrhée; 22 fois il s'agissait d'individus du sexe masculin, 6 fois de femmes, 1 fois d'un enfant.

Le début de l'ulcération est obscur (démangeaisons, gêne locale,

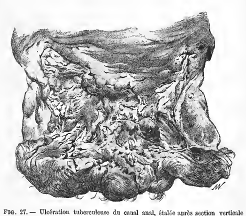


FIG. 27. — Ulcération tuberculeuse du canal anal, étalée après section verticale du rectum et de l'anus.

léger suintement). L'ulcération constituée est presque toujours une ulcération du canal anal proprement dit; elle s'étend à la fois sur la peau et sur la partie avoisinante du rectum. Son contour est arrondi, polycyclique; son fond grisâtre, inégal, quelquefois anfractueux et même fissuré, présente par places de petites excavations remplies de matière caséeuse. Les bords sont assez nettement taillés, quelquefois légèrement décollés, le plus souvent un peu épaissis et

présentant un liséré rosé avec pigmentation exagérée de la peau avoisinante. Dans la moitié des observations, on note un engorgement ganglionnaire inguinal qui jamais ne s'est abcédé.

Histologiquement, les examens de nos pièces, faits par notre ami M. Pilliet, ont montré qu'il existait dans les papilles et dans les parties sous-jacentes une infiltration embryonnaire. Çà et là, dans la couche choriale proprement dite, on trouve, au sein de cette infil-



Fig. 28. — Coupe d'ulcération tuberculeuse. (Infiltration embryonnaire des papilles et du tissu sous-jacent; follicules tuberculeux et cellules géantes dans le plan sous-papillaire.)

tration embryonnaire, des follicules agglomérés composés d'un certain nombre de cellules géantes qu'entourent des cellules épithélioïdes en partie nécrosées. Au niveau des parties ulcérées, on trouve de grandes traînées caséeuses orientées perpendiculairement à la surface de l'ulcération.

Nous avons obtenu, dans quelques cas, des guérisons durables par l'excision de la plus grande partie de l'ulcération suivie du grattage et de la cautérisation des parties profondes.

34. — Recueil de faits.

Plaie de la main par morsure de cheval. Fracture du premier métacarpien. Arrachement du muscle long extenseur du pouce *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 5 juillet 1883.

Décollement épiphysaire des deux radius. Fracture de la cuisse droite. Rupture du rein gauche, contusions multiples. Suppuration de tous les foyers traumatiques. *Ibidem*, 1883.

Hernie inguinale ancienne. Inflammation et ulcération de l'intestin au-dessus de la hernie. Perforation simulant l'étranglement. *Ibidem*, 19 octobre 1883.

Luxation complexe de l'index en arrière. MICHELOT, *Des luxations des quatre derniers doigts en arrière*. Th. de Paris, 1883.

Myxo-fibromes multiples du sein. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 19 octobre 1883.

Tumeur mélanique développée sur un moignon d'énucléation de l'œil. Généralisation. (Sarcome carcinomateux.) *Ibidem*, 18 mars 1884.

Carie du rocher. Phlébite du sinus latéral, suivie d'infarctus gangréneux des poumons, sans méningo-encéphalite concomitante. **Pseudarthrose de la clavicule.** *Ibidem*, 18 mars 1884.

Lipome intra-musculaire du grand pectoral. *Ibidem*, 18 novembre 1887, p. 728.

Du cancer primitif du corps thyroïde. (Rapport sur la candidature de M. PARMENTIER). *Ibidem*, 23 novembre 1888, p. 947.

Épithélioma térébrant du sein. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1891, p. 469.

Cancer massif du foie. *Étude sur les maladies du foie*, par HANOT et GILBERT, Paris, 1888, p. 122.

Cancer du foie secondaire à un cancer du bassinet. *Ibidem*, p. 320.

Ano-rectite papillomateuse. *Chirurgie du rectum*, 1895.

Kystes dermoïdes à contenu huileux. *Ibidem*, 1892, p. 715.

Chondrome ossifié de la paume de la main. *Ibidem*, 1892, p. 722.

Le bouton de Murphy en chirurgie abdominale. *Ibidem*, 29 juin 1894.

Tumeur de la région parotidienne, contusion. Épanchement sanguin dans la tumeur. *Ibidem*, 29 mars 1895.

Résection totale de la diaphyse du cubitus pour médullite chronique. Régénération de l'os. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1893.

III. — VOIES URINAIRES

1. — Publications didactiques.

Nous croyons devoir ranger dans les publications d'ordre didactique les annotations et additions que nous avons faites à la traduction du *Traité des maladies des voies urinaires* de Furbringer. Nous y avons en effet ajouté des chapitres entiers sur les lésions traumatiques des reins, de la vessie et de l'urèthre, sur la séméiologie et l'examen chirurgical du rein et de la vessie, sur les opérations qu'on pratique au niveau du rein, de la vessie et de l'urèthre, sur les vices de conformation de l'appareil urinaire, etc. Dans les notes attenantes au texte, nous avons mis, en regard des idées de l'auteur allemand, celles de l'école de Necker.

Nous citerons encore, comme travaux de même ordre, une série de revues critiques publiées soit dans la *Gazette des hôpitaux*, soit dans la *Gazette hebdomadaire*, soit dans le *Progrès médical*, sur le *drainage et l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites*, le *traitement chirurgical des pyélites*, l'*uréthrotomie interne*, l'*antisepsie dans l'uréthrotomie*, les *névralgies vésicales*, la *séméiologie des maladies chirurgicales du rein*, les *opérations sur le rein*, la *pathogénie de l'hydronéphrose*.

2. — Des cystites douloureuses (1).

(Mémoire récompensé par l'Académie de médecine, prix d'Argenteuil.)

Dans ce mémoire, inspiré par le professeur Guyon, nous avons décrit, sous le nom de cystites douloureuses, un groupe de cystites caractérisées par l'exagération du symptôme douleur, sa durée, sa continuité sans la moindre accalmie, sa résistance aux divers modes de traitement.

(1) *Des cystites douloureuses.* Paris, Steinheil, 1887.

L'anatomie pathologique de ces cystites ne présente que peu de points spéciaux, la cystite douloureuse n'étant que l'aboutissant de cystites variées consécutives, chez la femme à des causes encore mal déterminées, chez l'homme à la blennorrhagie, aux accidents prostatiques, à des rétrécissements, à des calculs, à des néoplasmes et surtout à des altérations tuberculeuses. Ce qui caractérise essentiellement ces cystites, c'est la disparition de la capacité physiologique de la vessie. Dès que quelques gouttes d'urine s'y sont accumulées ou qu'on y a injecté quelques grammes de liquide, la vessie entre en contraction. A cette disparition de la capacité physiologique ne correspond pas nécessairement une diminution de la capacité anatomique. Celle-ci existe dans quelques cas et plusieurs fois nous avons constaté, à la suite de la propagation de l'inflammation de la muqueuse à la musculeuse, des modifications anatomiques très réelles. On trouve alors à l'autopsie des vessies à parois très épaisses, mesurant 2 cent., 2 cent. 1/2, 3 et même 4 cent., dont la cavité a, pour ainsi dire, disparu. Il y a, pourrait-on dire, hypertrophie concentrique de l'organe ; cette hypertrophie concentrique est toujours liée à la production de tissu conjonctif embryonnaire, puis adulte, en même temps qu'à l'hyperplasie des fibres musculaires.

Étudiant cliniquement ces cystites, nous avons cherché à préciser les caractères de la douleur provoquée par la pression hypogastrique, le toucher rectal et le vaginal, le cathétérisme, l'injection de liquides dans la vessie. Nous avons insisté sur ce fait, démontré par l'examen méthodique de l'urèthre avec l'explorateur à boule, qu'il n'existe presque toujours ni contracture, ni douleur au niveau du col vésical ; que la région contracturée et douloureuse, quand il y en a une, est la région membraneuse et seulement la région membraneuse de l'urèthre. La douleur à la pression du fond de la vessie a, dans deux cas, été en rapport avec l'existence d'ulcérations à son niveau.

Poursuivant dans ses diverses manifestations la douleur, avec son siège principal et ses irradiations, pendant les mictions et dans leur intervalle, nous avons accumulé les preuves pour soutenir les idées de notre maître M. Guyon, qui admet que ces douleurs et les crises de ténesme qui les accompagnent sont dues à une contracture de tout l'appareil musculaire de la vessie.

La plus grande partie de ce travail est consacrée au traitement. Quelle qu'en soit la cause (tuberculose, blennorrhagie, néoplasme, etc.), une cystite, par le fait même qu'elle est douloureuse, présente les mêmes indications thérapeutiques générales. Les contractions incessantes, dont la vessie est le siège, sont une cause continuelle de douleurs et les mouvements qu'elles impriment aux parties malades en retardent la guérison. D'où cette indication capitale : supprimer les contractions vésicales pour supprimer du même coup les douleurs et immobiliser les parties enflammées.

Décrivant rapidement les moyens médicaux, les injections, les instillations, l'évacuation continue par la sonde à demeure, nous nous sommes attaché à étudier d'une manière spéciale la question de l'intervention opératoire dont on n'avait jusqu'alors publié en France que quelques cas isolés. Passant successivement en revue la dilatation du col vésical et la colpocystotomie chez la femme, la dilatation et la taille périnéale chez l'homme, puis la taille hypogastrique, que le professeur Guyon a le premier employée dans ces cas, nous avons pu, en nous appuyant sur 188 observations, dont 26 inédites, arriver à fixer la valeur de chacun de ces procédés. Il nous a semblé que, quelle que fût la nature de la cystite, il y avait lieu de recourir à l'incision de la vessie, par le vagin chez la femme, par l'hypogastre chez l'homme. Avec le professeur Guyon nous avons insisté sur l'avantage qu'il y avait à ne pas se borner au simple drainage de la vessie qui en assure le repos, mais à y adjoindre un traitement méthodique des lésions qui permet d'obtenir une guérison plus rapide.

Un index bibliographique étendu termine ce mémoire.

3. — Des névralgies vésicales (1).

(Mémoire couronné par l'Académie de médecine, prix Civrieux.)

Ce mémoire, complémentaire du précédent, entrepris comme lui sous la direction du professeur Guyon, contient la description d'un groupe d'affections douloureuses de la vessie, n'étant pas en rapport direct avec des lésions matérielles appréciables de l'organe.

Tout en acceptant que, dans certaines cystites, on peut observer

(1) *Des névralgies vésicales*, Paris, Steinheil, 1889.

une hyperesthésie spéciale, un véritable état névralgique, nous avons établi, d'une part, que l'élément névralgique, lorsqu'il existe, est plus en rapport avec l'état général, neurasthénique du malade, qu'avec l'affection locale dont il est atteint, et que, d'autre part, les mêmes phénomènes douloureux peuvent s'observer en l'absence de toute lésion locale.

Les névralgies vésicales sont *idiopathiques* ou *symptomatiques*.

Les premières sont en rapport avec un état neurasthénique et s'observent surtout chez l'homme adulte. Elles sont quelquefois précédées d'une série de troubles (incontinence nocturne d'urine, spermatorrhée, pudeur vésicale, abus du coït et de la masturbation, etc.), qui tous ne sont, en somme, que la manifestation du même trouble nerveux général. La concomitance d'autres névralgies, les migraines, les troubles dyspeptiques, un état arthritique et l'hypochondrie accompagnent souvent la névralgie vésicale idiopathique.

Les névralgies symptomatiques sont la manifestation vésicale d'une lésion anatomo-pathologique indiscutable, pouvant occuper, soit le système nerveux (tabes surtout) ; soit un point quelconque de l'appareil urinaire, le rein (calculs rénaux, inflammation du bassinet ou du rein), le méat uréthral (rétrécissements, polypes), l'urèthre profond ; soit un autre appareil, les organes génitaux de la femme (métrites salpingites, déviations utérines, fibromes, etc.), le rectum et l'anus (hémorrhoïdes, fissures, etc.). Dans beaucoup de ces cas, il s'agit de névropathes, et la névralgie dépend d'une double cause ; la lésion locale n'étant, comme l'enseigne notre maître M. Guyon, que le point d'appel des phénomènes douloureux. Aussi dans le traitement ne doit-on pas oublier qu'on a deux indications à remplir, et qu'à côté du traitement local d'une grande importance, il y a celui de l'état général qu'il ne faut pas non plus négliger.

Le début de la névralgie vésicale est variable, en général obscur ; elle survient à la suite d'une cause minime qui, chez un névropathe porté à observer l'état de son système génital, appelle du côté de la vessie son attention et y détermine l'apparition de phénomènes douloureux. Ceux-ci n'ont généralement pas de caractères bien définis et s'exaspèrent assez souvent sous l'influence des efforts et de la fatigue.

Rarement l'affection est réduite à de la douleur ; dans presque tous

les cas, il s'y joint des troubles portant soit sur le corps de la vessie (*irritabilité vésicale*), soit sur son appareil sphinctérien (*contracture du col*). Cette dernière se traduit non par des douleurs, comme on le dit généralement, mais par des troubles dans l'émission de l'urine (miction difficile, quelquefois même impossible ; jet petit, divisé, tortillé) ; aussi est-on exposé à des méprises et croit-on quelquefois à l'existence d'un rétrécissement.

Tous ces symptômes présentent une variabilité très grande et présentent comme caractère commun de s'apaiser pendant le sommeil.

Le pronostic n'est grave que par la durée de l'affection, rebelle à tous nos traitements.

Dans la névralgie vésicale des tabétiques, nous ne relèverons que le fait de la fréquence des douleurs ano-vésicales, notées dans plusieurs de nos observations.

Le diagnostic se fonde essentiellement sur l'absence de sécrétions dans l'urine et sur les résultats négatifs de la recherche de la douleur locale provoquée par la pression hypogastrique, le toucher rectal ou vaginal, les instruments intravésicaux, et par la conservation de la capacité physiologique de la vessie très diminuée dans les cystites douloureuses, comme on l'a vu plus haut (1).

Tous ces points, enseignés par notre maître M. Guyon, se trouvent confirmés par les 33 observations, presque toutes inédites, que nous rapportons dans ce mémoire. Comme le précédent, ce travail est suivi d'un index bibliographique étendu.

4. — **Drainage de la vessie après la taille hypogastrique** (2).

Nous appuyant sur quatre faits personnels, nous montrons les avantages, chez la femme, d'un mode de drainage, déjà employé par Demons, A. Poncet, et F. Terrier. Pour faire ce drainage pubio-uréthral, nous passons de l'hypogastre dans l'urèthre un tube perforé dans sa portion intra-vésicale, maintenu par une épingle de nourrice

(1) Voir page 64.

(2) Taille hypogastrique pour un calcul à centre formé par un fil d'argent. Du drainage vésical après la taille. *Annales de gynécologie*, décembre 1891, t. XXXVI, p. 444.

au niveau de son extrémité hypogastrique et plongé par l'autre dans un urinal, situé entre les jambes de la malade. Très simple, assurant l'écoulement des urines pourvu qu'un œil du drain réponde au petit lac prévésical, et permettant de suturer presque complètement la plaie vésicale, ce mode de drainage a parfaitement fonctionné dans les quatre cas où nous l'avons employé.

Depuis la publication de ce mémoire, nous y avons eu recours à diverses reprises et toujours avec les mêmes avantages.

5. — **Myômes de la vessie** (1).

(En collaboration avec M. le professeur TERRIER.)

Après examen critique des diverses observations publiées, nous avons été amenés à ne conserver que quatorze cas indiscutables de myômes de la vessie, auxquels nous avons ajouté deux faits inédits, l'un personnel, suivi pendant plusieurs années ; l'autre communiqué par M. Gérard Marchant.

L'étiologie de ces tumeurs ne nous a rien présenté de particulier à noter. Les deux sexes sont également atteints ; quant à l'âge des malades, il a varié de 12 à 74 ans.

Comparables aux myômes utérins, les myômes vésicaux naissent dans l'épaisseur de la couche musculaire de l'organe. Ils tendent le plus souvent à s'encapsuler, et, vu le peu d'épaisseur de la tunique musculaire vésicale, ils font rapidement saillie vers l'une ou l'autre de ses faces, méritant, suivant le sens vers lequel ils se dirigent, le nom de myôme cavitaire (10 cas) ou celui de myôme excentrique (4 cas); dans un cas il s'agissait d'un myôme infiltré. Suivant que le point de la vessie où ils ont pris naissance se trouvait primitivement en rapport avec le péritoine ou avec le tissu cellulaire du bassin, les myômes excentriques tendent à se pédiculiser dans la cavité péritonéale ou, au contraire, se développent dans le tissu cellulaire, absolument comme les myômes utérins dits intra-ligamentaires.

La région de la vessie, qu'ils occupent, de même que leur volume est des plus variables. Leur forme est arrondie, plus ou moins lobulée ;

(1) *Revue de chirurgie*, 1895, p. 181 à 237.

ils sont encapsulés et présentent les caractères anatomiques d'un myôme. Dans quelques cas ils sont partiellement enflammés, présentant alors en ces points une infiltration embryonnaire qui a pu faire

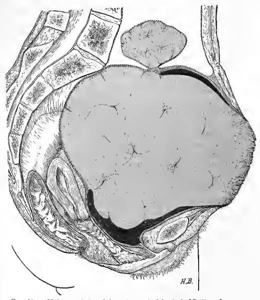


Fig. 29. — Myôme cavitaire ulcérant la paroi abdominale. Petit myôme sous-séreux. (La cavité vésicale est indiquée en noir.)

croire à une dégénérescence sarcomateuse. Exceptionnellement, ils sont envahis, dans leurs parties superficielles, par un épithélioma qui s'est greffé à leur surface.

Cliniquement, le myôme excentrique ne trahit sa présence que par

le développement lent et progressif d'une tumeur qui entraîne de la fréquence et un peu de difficulté dans les mictions. Par suite de son siège il a pu être cause d'hydronéphrose ou de dystocie.

Le myôme cavitaire présente réunis les symptômes habituels des néoplasmes vésicaux (hématurie, cystite, etc.), et les signes physiques d'un fibrome utérin.

Le traitement sera pour les myômes excentriques celui des tumeurs abdominales en général. Lors de myômes cavitaires on aura recours à la taille hypogastrique, morcelant, si elle est volumineuse, la tumeur par son centre et l'évidant progressivement jusqu'à ce qu'on ait enlevé ses parties les plus périphériques.

6. — Hématuries vésicales dans la rétention d'urine (1).

Des expériences faites sur le cobaye nous ont montré que la rétention d'urine pouvait à elle seule déterminer la production d'ecchymoses, de bosses sanguines et d'hématuries vésicales.

7. — Infection urineuse.

Nos recherches sur l'infection urineuse ont porté sur deux points : 1° détermination des agents figurés qui existent dans les *abcès miliaires des reins* ; 2° pathogénie de l'*accès* dit *uréthral*.

1° Sur le premier point, les recherches, que nous avons faites dans le service du professeur Guyon, avec la collaboration de M. de Gennes (2), ont confirmé les travaux de MM. Albarran et Hallé en nous montrant l'existence dans les abcès miliaires des reins de la bactérie septique de Clado, pyogène d'Albarran-Hallé, associée à des staphylocoques.

2° Sur le deuxième point, nous avons recueilli quelques faits qui prouvent d'une manière péremptoire le bien fondé de la théorie émise par notre maître M. Guyon pour expliquer l'accès urineux franc, dit uréthral. D'après lui, l'accès uréthral résulte de la pénétration dans

(1) *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1888, p. 101.

(2) Note sur les abcès miliaires du rein et sur l'infection urineuse par DE GENNES et HARTMANN. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1891, p. 987.

le sang d'une certaine dose d'urine chargée d'agents infectieux et non de l'inoculation locale du canal par les sécrétions qui s'y trouvent.

Chez un prostatique, dont les urines, examinées par notre ami Achard, contenaient à l'état de culture pure le bactérium coli commune, nous avons noté ce qui suit (1) :

a. — Pas de fièvre à la suite d'écorchures du canal bien établies par le saignement qui suit le cathétérisme, bien que le canal suppure largement.

b. — Accès typiques, quelques heures après les mictions spontanées, alors que l'évacuation par la sonde n'occasionne jamais la moindre fièvre.

c. — Nécessité du passage d'une grande quantité d'urine pour produire l'accès; les petites mictions, que le malade a de temps à autre et qui suffisent pour détendre momentanément la vessie, étant insuffisantes pour déterminer un accès.

Chez un autre malade uréthrotomisé, dont l'urine contenait à l'état de culture pure du bactérium coli, nous avons trouvé, M. de Gennes et moi, dans le sang recueilli au début d'un frisson, la même bactérie, alors que les cultures de sang, faites dans l'intervalle des accès, ne nous ont rien donné (2).

8. — **Prostatite chronique** (3).

On attribue souvent à la prostatite chronique un ensemble de troubles fonctionnels multiples. Rien n'est moins exact. Le complexus symptomatique regardé comme caractéristique de cette affection, se rencontre, comme l'a montré le professeur Guyon, chez des névropathes indemnes de toute lésion anatomique de la glande. Il manque, d'autre part, chez le plus grand nombre des malades porteurs de lésions inflammatoires chroniques de la prostate, ainsi que cela résulte des constatations que nous avons faites et que notre maître, M. Guyon, a bien voulu relater dans ses leçons cliniques.

(1) Quelques réflexions à propos d'un cas de fièvre urineuse à accès intermittents. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, janvier 1892, t. X, p 38.

(2) De Gennes et Hartmann. *Loc. cit.*

(3) *Leç. clin. sur les affections chirurgic de la vessie et de la prostate*, par F. Guyon. Paris, 1888, p. 1040.

Soumettant à un examen systématique de la prostate 27 malades atteints d'uréthrite postérieure ancienne, nous avons trouvé 10 fois des lésions de la prostate, sensibles au toucher rectal (induration et augmentation partielle de volume, augmentation et induration totales). Sur ces 10 malades, reconnus anatomiquement atteints de prostatite chronique, 6 n'avaient aucun symptôme fonctionnel.

9. — Dilatation des rétrécissements dits élastiques (1).

Par la publication d'une série d'observations, recueillies à la clinique de l'hôpital Necker, nous montrons les avantages que l'on peut retirer du séjour prolongé des bougies dans les cas de rétrécissements dits élastiques. Le maintien d'une bougie à demeure pendant plusieurs heures chaque nuit a suffi, chez plusieurs malades, pour assurer au canal un calibre considérable.

10. — Cellules vésicales.

Nous citerons, parmi de nombreuses observations de cellules vésicales, que nous avons recueillies (2), un cas remarquable par son volume. La cellule, plus grande qu'une tête d'enfant, communiquait avec la cavité vésicale par un orifice de la dimension d'une pièce de 50 centimes, régulièrement arrondi, à bords nets et lisses. Il s'agissait bien là d'une cellule, d'une hernie tuniquaire et non d'une vessie double, l'examen histologique ayant montré que sa paroi était uniquement constituée par la muqueuse doublée de la séreuse sans fibres musculaires interposés (3).

11. — Pyélites.

Pendant le cours de notre internat, en particulier pendant l'année que nous avons passée dans le service du professeur Guyon, nous avons eu

(1) De la dilatation des rétrécissements de l'urèthre. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, novembre 1885.

(2) Voir Robelin. *Étude sur les vessies à cellules*. Thèse de Paris, 1886.

(3) Cellule vésicale ayant les dimensions d'une tête d'enfant. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 16 octobre 1885, p. 430. La pièce est déposée dans la *Collection anatomo-pathologique du professeur Guyon*, n° 139.

l'occasion de voir de nombreux cas de pyélites dont les observations ont été publiées, soit dans les Bulletins de la Société anatomique (1), soit dans la thèse de notre ami N. Hallé (2).

Nous avons en particulier insisté sur trois points :

1° L'existence de dilatations et de *rétrécissements de l'uretère*, qui donnent à ce conduit une apparence spiroïde et qui, gênant l'écoulement des produits de la sécrétion rénale, jouent certainement un rôle dans la production des rétentions rénales dont souffrent les malades et dans la persistance de certaines fistules lombaires consécutives à la néphrotomie.

2° *La formation autour des calices et du bassinet d'une masse scléro-adipeuse* qui tend à se substituer progressivement au parenchyme rénal et qui peut arriver à constituer des tumeurs considérables ; dans un cas, que nous avons recueilli, la masse lipomateuse pesait 2,340 grammes (3). Ces productions lipomatouses, d'origine purement inflammatoire, nous ont paru surtout en relation avec les pyélites calculeuses.

Leur intérêt clinique réside dans ce fait que par la fluctuation, dont elles sont le siège, et les symptômes de pyélite qui les accompagnent, elles peuvent faire croire à l'existence de collections liquides purulentes intra-rénales.

3° La possibilité du développement sur des lésions de pyélite ancienne d'une *infiltration cancéreuse du bassinet* (4), fait qui n'a jusqu'ici été signalé par aucun autre observateur, peut-être parce qu'à un examen superficiel l'infiltration cancéreuse a été prise pour des lésions inflammatoires. Dans notre cas, l'examen histologique, pratiqué par notre ami A. Gilbert, et la généralisation consécutive ont suffi à lever tous les doutes.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1885, p. 161 et 360 ; 1886, p. 576.

(2) *Urétérites et pyélites*, par N. Hallé. Paris, 1887 (Observ. I, II, III, VI et XXIII). Plusieurs de ces pièces figurent dans la *Collection anatomo-pathologique du professeur Guyon*, n[os] 132, 132 *bis*, 134, 135, 137 et 138.

(3) Ce cas, rapproché de plusieurs autres, a fait l'objet d'une communication à la *Société anatomique* (séance du 24 juillet 1885, p. 360). La pièce est déposée dans la *Collection anatomo-pathologique du professeur Guyon*, à l'hôpital Necker.

(4). Pyélite calculeuse ; néphrotomie ; mort. Cancer du bassinet et de l'uretère à gauche avec propagation à la plèvre gauche et au foie. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, octobre 1886, p. 576, et *Progrès médical*, 1886, p 1121.

La *fréquence des fistules consécutives à la néphrotomie* (10 fois sur 26 cas dans notre statistique) fait que, pour les cas de lésions certainement unilatérales, avec urétérite manifeste, chez des malades jouissant d'une résistance suffisante, nous avons accepté la néphrectomie immédiate, regardant la néphrotomie comme indiquée dans tous les autres cas (1).

12. — **Hématurie congestivs dans un cas de calcul du rein** (2).

Dans ce cas l'hématurie, abondante et persistante, s'était produite dans l'immobilité la plus complète ; le malade était, après une ostéoclasie, dans un appareil plâtré prenant la partie inférieure du tronc. On ne put l'expliquer que par l'existence de ces phénomènes congestifs, dont l'importance est grande, comme le dit notre maître M. Guyon, pour expliquer les accidents des calculeux, en particulier des calculeux rénaux.

13. — **Des productions lipomateusss du rein** (3).

Nous avons distingué dans les productions lipomateuses qui se développent au niveau du rein :

1° L'épaississement lipomateux de l'atmosphère cellulo-adipeuse périnéale (*lipome capsulaire*). Souvent cet épaississement est lié à l'existence d'une *périnéphrite graisseuse* importante à cause des adhérences qu'elle détermine entre le rein et les organes environnants.

2° Le *lipome limité*, encapsulé du rein, qui est rare.

3° Les *substitutions graisseuses*, qui sont liées soit à la népbrite interstitielle, soit à la pyélite. Dans le premier cas, la graisse apparaît par îlots, sous forme de dépôts multiples ; dans le deuxième, elle se dépose tout d'abord autour des calices et du bassinet (4).

(1) Traitement chirurgical des pyélites. *Gazette des hôpitaux*, janvier 1888, p. 21. Traitement des pyélites, *Mercredi médical*, mars 1892.

(2) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juillet 1894, p. 523.

(3) *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1885, p. 360.

(4) Voir pour cette dernière variété plus haut, p. 73.

14. — Recueil de faits.

Rupture du rein ; suppuration du foyer à la suite de l'infection par la voie circulatoire ; lésions de néphrite interstitielle dans la partie inférieure du rein privée de ses connexions vasculaires et baignant dans le foyer. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 5 juillet 1883.

Abcès périprostatique fusant vers le rectum. Taille prérectale. Guérison ; GUILAIN. *Contribution à l'étude des abcès prostatiques*. Th. de Paris, 1889.

Exstrophie de la vessie (en collaboration avec M. J.-L. FAURE). *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 18 mars 1887, p. 148.

Observations de cystostomie, in LAGOUTTE. Th. de Lyon, 1894-1895.

IV. — GYNÉCOLOGIE

1. — Annales de Gynécologie.

Attaché depuis le 1er juillet 1889 à la rédaction des *Annales de gynécologie*, j'ai eu l'occasion d'y publier de nombreuses analyses ou comptes rendus. J'y ai de plus résumé un certain nombre de questions sous forme de courtes revues critiques. parmi lesquelles je citerai celles qui ont trait à la *périnéotomie préliminaire à l'extirpation de l'utérus*, à l'*hystéropexie vaginale dans le traitement des rétrodéviations utérines*, à la *trachélorrhaphie à lambeaux*, au *traitement de l'endométrite cervicale glandulaire*, à l'*électrolyse médicamenteuse dans le traitement des fibromes utérins*, à la *technique de l'extirpation totale de l'utérus fibromateux*, au *traitement de la blennorrhagie chez la femme*, etc.

2. — De l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée (1).

(En collaboration avec M. F. Terrier

Nous fondant sur l'étude critique des opérations antérieurement publiées et sur celle de deux faits inédits, nous avons successivement exposé les difficultés et les accidents de cette opération, ses complications et ses résultats, ce qui nous a permis d'en fixer le manuel opératoire et les indications.

Parmi les accidents, nous signalerons des hémorrhagies à la suite de la section des artères présacrées, des décollements pendant la recherche du cul-de-sac péritonéal, qu'on ne peut trouver et ouvrir, la blessure de l'intestin, de la vessie et enfin celle de l'uretère. Cette dernière, intéressante par sa fréquence (4 cas sur 23 opérations), siège toujours sur l'uretère du côté où l'on opère, ce qui s'explique, croyons-

(1) *Annales de gynécologie*, août et septembre 1891, t. XXXVI, p. 81 et 178.

nous, par ce fait que cet uretère peut être plus facilement désuni de ses connexions celluleuses avec le bassin et que, dès lors mobilisable, il se laisse plus facilement attirer et atteindre.

Secondairement, la cellulite pelvienne, la pelvi-péritonite suppurée, des fistules urinaires ou stercorales, des phlegmons, de larges eschares, la nécrose du sacrum sont autant de complications assez fréquemment observées. Aussi, sur 23 cas relevons-nous 8 morts.

La caractéristique de l'opération consiste dans ce fait que le chirurgien se fraie un chemin dans le bassin d'arrière en avant et aborde l'utérus en arrière, soit qu'il passe à côté du sacrum, soit qu'il le résèque, le déplaçant temporairement ou en supprimant définitivement une partie.

Le seul point qui nous ait paru capital, dans le choix du procédé, c'est la nécessité d'avoir beaucoup de jour. A cet égard, l'ostéotomie transversale du sacrum au-dessous du troisième trou sacré, suivie de la réapplication du volet ostéo-cutané, temporairement rabattu sur la fesse du côté opposé, nous a paru le procédé d'élection.

Ainsi pratiquée, l'hystérectomie par la voie sacrée nous semble indiquée dans les cas de cancers volumineux et adhérents, surtout lorsque, ce qui n'est pas très rare chez ces malades, le vagin est rétréci et scléreux.

3. — Résultats de l'hystérectomie vaginale dans le cancer (1).

(En collaboration avec M. F. Terrier.)

L'étude des résultats immédiats et éloignés de 34 hystérectomies consécutives, faites pour des cancers de l'utérus, nous a conduits aux conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie vaginale pour cancer est une opération sérieuse, donnant 23 p. 100 de mortalité.

2° L'hystérectomie vaginale ne paraît pas plus grave lorsqu'elle est palliative que lorsqu'elle a pour but une extirpation complète. Aussi la conseillons-nous toutes les fois que l'utérus est mobile, alors même que les culs-de-sac vaginaux sont envahis. Elle pourra du reste être

(1) Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus, *Revue de chirurgie*, 1892, p. 295.

suivie de l'extirpation du cul-du-sac vaginal, comme dans un de nos cas.

3° La récidive est fréquente, 70 p. 100 des cas ; le plus souvent rapide, elle peut cependant ne se manifester par des signes appréciables pour la malade qu'au bout d'un temps quelquefois très long, seize mois à deux ans et plus.

4° 30 p. 100 des malades,qui survivent à l'opération en apparence complète, semblent guéries définitivement alors même que la nature maligne du mal a été constatée cliniquement et histologiquement.

4. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus (1).

Au moment où une discussion s'ouvrait sur cette question devant la Société de chirurgie, nous avons, M. Du Bouchet et moi, réuni à deux observations personnelles 55 observations étrangères, ce qui nous a permis de préciser quelques points.

L'opération n'est pas toujours aussi simple qu'on serait tenté de le supposer en voyant l'utérus hors de la vulve. La dissection de la vessie est quelquefois pénible. La mortalité opératoire est notable (5 sur 57 opérations), elle s'explique par ce fait qu'on opère chez des femmes âgées, à tissus flasques, offrant le plus souvent un certain degré de déchéance organique.

L'étude des résultats éloignés de l'hystérectomie dans le prolapsus utérin montre que l'ablation de l'organe ne guérit pas la malade. La chute de l'utérus n'est qu'un élément de l'ensemble pathologique décrit sous le nom de prolapsus utérin. Il y a dans cet ensemble une série de lésions complètement indépendantes de l'état utérin : relâchement et allongement du vagin, laxité de ses moyens de fixité, défaut de son soutien périnéal déchiré, etc., toutes lésions qui ne seront nullement modifiées par l'ablation de l'utérus. Aussi, pour avoir un résultat durable est-il nécessaire d'adjoindre à l'hystérectomie des opérations plastiques.

L'hystérectomie vaginale est indubitablement indiquée toutes les fois qu'il existe une lésion de l'organe, telle que gangrène, fibrome,

(1) *Annales de gynécologie*, janvier 1894.

cancer, suffisante à elle seule pour motiver l'intervention. De même, l'irréductibilité, dans les cas extrêmement rares où elle a résisté aux tentatives faites après repos et applications locales de pansements, constituera une indication à l'hystérectomie.

En dehors de ces cas, où l'indication opératoire est directement tirée de l'état de l'organe, l'hystérectomie est discutable. On la fera chez les vieilles femmes ayant atteint ou dépassé la ménopause, porteuses d'un utérus allongé, augmenté, constamment dehors, largement ulcéré, donnant lieu à des écoulements variés, muco-purulents ou sanguinolents. L'opération présentant une certaine gravité, on devra toujours, avant de la pratiquer, s'assurer de l'état viscéral, en particulier de celui des reins.

5. — De la position élevée du bassin (1).

Un des premiers à Paris, nous avons employé, dès 1890, la position de Trendelenburg dans nos opérations sur le bassin. Nous avons montré les avantages qu'on pouvait en tirer non seulement au point de vue opératoire, mais aussi au point de vue du diagnostic : certaines tumeurs nées de la partie supérieure de la cavité abdominale et accidentellement descendues dans le bassin (hydronéphrose dans un rein mobile, rate flottante) retournant à leur lieu d'origine lorsqu'on élève le bassin (2).

6. — Torsion du pédicule des salpingo-ovarites.

(En collaboration avec M. E. REYMOND.)

La brièveté et la largeur du pédicule des salpingites font que sa torsion est beaucoup plus rare que celle du pédicule des kystes de l'ovaire. Dans le cas que nous avons observé, la torsion du pédicule s'était accompagnée d'un développement rapide de la tumeur et de douleurs violentes. Il s'agissait d'une hydrosalpingite, l'ovaire était aplati et collé à la paroi de la poche, dans laquelle s'était produit une hémorrhagie.

(1) La mention en est faite par M. LABUSQUIÈRE. *Annales de gynécol.*, janvier 1891, p. 38.
(2) *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1891.

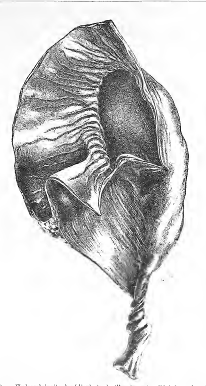


FIG. 30. — Hydrosalpingite à pédicule tordu (l'ovaire est collé à la poche et son aileron participe à la torsion).

Sur une coupe examinée au microscope, on constatait que tous les éléments étaient dissociés par une infiltration sanguine qui occupait non seulement la muqueuse, mais encore les interstices des fibres

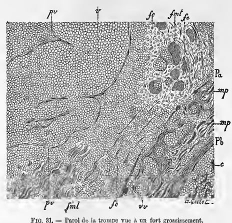


FIG. 31. — Paroi de la trompe vue à un fort grossissement.

v. Veinule dilatée par le sang — *pv*. Mince paroi de cette veinule. — De *Pa* à *Pb*. Paroi d'une artère dont l'épaisseur est augmentée d'une part à cause des vasa vasorum (*vv*) qui ont pris une importance considérable, d'autre part à cause d'une hémorragie interstitielle séparant les éléments de la paroi : fibres conjonctives *fc*, et faisceaux musculaires *mp*. — *c*. Caillot contenu dans l'artère. — *fml*. Fibres musculaires, coupe longitudinale. — *fmt*. Fibres musculaires, coupe transversale. — *fc*. Fibres conjonctives.

musculaires de la paroi. Les grosses artères étaient oblitérées par la torsion ; on y trouvait un caillot parcouru par des traînées de fibrine. La circulation semblait encore se faire dans les petits vaisseaux où l'on retrouvait du sang normal.

Rapprochant cette observation de quelques autres analogues, nous

(1) *Annales de gynécologie*, septembre 1894.

avons pu montrer qu'il existait une identité absolue entre les phénomènes qui suivent la torsion du pédicule des hydrosalpingites et ceux bien connus qui accompagnent la torsion des kystes de l'ovaire : l'hémorrhagie avec phénomènes de péritonite d'une gravité variable et, dans des cas plus aigus, des symptômes simulant absolument l'obstruction intestinale. Peut-être ces différences dans l'évolution tiennent-elles à ce que la torsion est plus ou moins serrée. Dans notre observation, où les symptômes avaient évolué d'une manière subaiguë, la torsion n'avait pas entraîné une cessation complète de la circulation.

7. — 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines.

(En collaboration avec le professeur Terrier.)

Les 59 observations, qui font l'objet de ce travail, sont successivement étudiées au point de vue : 1° de l'étiologie ; 2° de l'anatomie pathologique ; 3° de la technique opératoire ; 4° des résultats obtenus.

1° *Étiologie.* — L'âge des malades a varié de 20 à 44 ans avec un maximum de fréquence de 24 à 36. 4 avaient eu des grossesses à terme, 2 des fausses couches seulement ; 17 n'avaient jamais été enceintes. Deux fois les lésions ont succédé à des manœuvres intra-utérines (pose d'une tige intra-utérine, dilatation).

2° *Anatomie pathologique.* — 24 fois la collection purulente a été bilatérale ; 16 fois elle a siégé à droite, 16 fois à gauche ; dans un cas, la collection intra-péritonéale n'a pu être rattachée à l'un ou à l'autre côté. Sur les 32 cas où la suppuration était unilatérale, 6 fois les annexes du côté opposé étaient absolument saines, 10 fois il s'agissait de lésions inflammatoires légères, 3 fois d'une hydrosalpingite, 1 fois d'un hématome ovarien, 1 fois d'un kyste parovarien, 6 fois de lésions scléreuses graves, résultat probable de suppurations actuellement résorbées (5 fois l'état n'a pas été noté).

47 fois le siège exact des lésions a été précisé. Dans un cas, il y avait une suppuration enkystée intra-péritonéale ouverte dans le rectum, dans 42 les foyers étaient en rapport avec la trompe, dans 3 la suppuration était exclusivement ovarienne, dans 1 il y avait une pelvi-péritonite à loges suppurées multiples.

10 fois le foyer était situé entre l'extrémité de la trompe et une anse d'intestin (anse oméga 3, cæcum et anses grêles 4, anses grêles 3). C'est dire que les suppurations péri-utérines peuvent s'ouvrir dans des portions d'intestin plus élevées que le rectum. Dans un certain nombre de cas il existait des altérations de l'intestin (épaississement, friabilité, induration cartonnée ; 8 fois une perforation antérieure à l'opération). 1 fois la poche suppurée communiquait à la fois avec l'intestin et la vessie, les matières fécales passaient par son intermédiaire dans celle-ci.

3° *Technique opératoire.* — Au point de vue de la technique opératoire, nous avons insisté sur la nécessité qu'il y a à voir ce qu'on fait, recourant dans ce but à la position élevée du bassin et à une incision assez longue. Au cours de l'opération nous protégeons l'intestin avec des compresses stérilisées à l'autoclave et cherchons autant que possible à opérer sans contact avec l'intestin, en foyer limité dans l'excavation le reste de la séreuse étant isolé par les compresses ; dans 43 cas on a eu recours au drainage fait avec de gros drains de caoutchouc.

4° *Suites immédiates et éloignées.* — Ces 59 cas ont donné 7 morts, dont 7 pour les 31 premiers cas, 5 seulement pour les 28 derniers, abaissement de la mortalité qui a concordé avec l'emploi du plan incliné. 47 cas ont pu être suivis à longue échéance. De ces 47 malades, 43 n'ont plus souffert, 2 souffrent encore, 2 ont de petites douleurs de temps à autre. Le seul inconvénient que nous ayons constaté est la persistance, dans 6 cas, d'une fistulette pyostercorale.

8. — Bactériologie des suppurations péri-utérines (1).

(En collaboration avec M. Morax.)

Dans tous les cas de salpingites catarrhales ou parenchymateuses et d'hydro-salpingites, nous n'avons pas trouvé de micro-organismes. Dans 3 cas de grossesse tubaire avec hémosalpinx et même dans deux hématocèles rétro-utérines avec fièvre (38°,4 dans un cas ; 38°,8 dans l'autre) l'ensemencement d'une grande quantité de sang n'a donné

(1) Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations péri-utérines. *Annales de gynécologie*, juillet 1894.

lieu à aucune culture. Deux cas de suppuration du tissu cellulaire du ligament large nous ont montré du streptocoque à l'état pur.

Sur 33 collections suppurées formées aux dépens des annexes, 13 fois le pus était stérile ; 13 fois il contenait des gonocoques, 12 fois à l'état pur, 1 fois associé à du bacterium coli. Dans ce dernier cas, le rectum était induré, cartonné ; la collection semblait sur le point de s'y ouvrir; aussi pensons-nous qu'il s'est agi là d'une infection secondaire d'une salpingite blennorrhagique, par du coli venu à travers la paroi de l'intestin ; 4 fois le pus contenait des streptocoques, 1 fois à l'état pur, 1 fois associé à du bacterium coli et à un petit bacille, 1 fois au même petit bacille et 1 fois à un bacille en chaînettes ; 2 fois il s'est agi de collections à pneumocoques, 1 fois d'une collection à bacterium coli.

Les cas à pus stérile se rapportaient l'un à une ovarite tuberculeuse, les autres à des lésions anciennes. Par contre, les salpingites contenant des gonocoques se sont toutes présentées chez des femmes ayant des poussées pelvi-péritonitiques récentes, datant le plus souvent de quatre à cinq semaines. Les poussées salpingiennes avaient suivi d'assez près l'apparition d'un écoulement jaune verdâtre à la vulve; en un mot, la salpingite avait suivi une inoculation blennorrhagique récente.

L'influence des grossesses antérieures sur le développement de la salpingite blennorrhagique nous a paru manifeste. 2 fois sur 13 seulement il s'agissait de nullipares; chez ces dernières, l'infection gonococcienne semble se confiner le plus souvent dans le col utérin, donnant ainsi naissance à une variété rebelle d'endométrite cervicale. La salpingite à streptocoques nous a paru succéder presque immédiatement à des lésions en quelque sorte traumatiques du col de l'utérus, un avortement, la dilatation d'un utérus fibromateux, etc.

Nos recherches sur l'existence d'un rapport entre l'état de la température et la nature de la lésion sont restées négatives. Si, dans quelques cas de foyers suppurés, nous avons noté des températures de 38°, 39° et même 40°, le plus souvent la température était normale au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital. De plus, nous avons observé des températures de 37°,8 ; 38° chez des malades ayant des salpingites non suppurées et même 38°,4, 38°,5, 38°,8 chez trois malades ayant des hématocèles enkystées non infectées.

L'examen du contenu du drain abdominal placé après l'opération nous a montré que, dans les salpingites à pus stérile ou à gonocoques, le liquide reste stérile pendant les quarante-huit premières heures ; il est secondairement infecté vers le troisième ou le quatrième jour par des microbes variée, spécialement par le etapbylococcus épidermitis. Au contraire, dans les salpingites à streptocoques, nous avons constaté la présence de cet agent infectieux dane le drain sept à huit jours après l'opération.

9. — Salpingites blennorrhagiques sans oblitération du pavillon (1).

Une série de faite, constatés au cours d'interventione opératoires, nous a permis de montrer que la salpingite à gonocoques, même sup-



FIG. 32. — Kyste pseudo-membraneux péri-salpingien. (Du pavillon perméable sort une goutte de pus.)

purée, ne s'accompagne pas fatalement d'une oblitération du pavillon, qu'elle peut, comme l'uréthrite blennorrhagique, passer de la phase purulente à la phaee catarrhale et guérir, ne déterminant donc pas d'une manière fatale la stérilité.

(1) *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 29 mars 1895.

10. — Fibro-sarcome de la paroi abdominale (1).

Ce cas, opéré par M. Brun, est intéressant par le volume de la tumeur qui pesait 6 kilogrammes et par les rapports intimes et étendus qu'elle contractait avec le péritoine. Celui-ci formait, pour ainsi dire, paroi à toute la portion de la masse qui proéminait dans la cavité abdominale, et partout son adhérence était telle qu'il n'y avait même pas à penser à en tenter le décollement.

11. — De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire (2).

Nous avons cherché, par la réunion d'un certain nombre d'observations, recueillies pour la plupart dans les services de MM. Duplay et Terrier, à soutenir l'opinion des auteurs qui veulent que l'ascite soit le résultat d'une inflammation péritonéale légère. Surtout fréquente dans les tumeurs végétantes de l'ovaire, elle n'est pas, comme on l'a dit, exclusivement liée à celles-ci et existe dans un certain nombre de tumeurs en l'absence de toute végétation extérieure (kystes sans végétation externe, mais à végétations internes abondantes, à paroi ayant subi partiellement la dégénérescence graisseuse ; tumeur solide telle que fibrome ou sarcome, surtout si la tumeur est pédiculée, etc.).

12. — Réflexions à propos d'un cas d'infection puerpérale (3).

Dans ce cas, le curage et l'ablation des débris placentaires ne furent pas suivis de chute de la température et les accidents continuèrent en même temps que se développaient des fausses membranes dans tout le vagin jusqu'au niveau de la vulve. L'irritation continue, faite suivant le mode institué par MM. Pinard et Varnier, pendant une demi-

(1) *Annales de gynécologie*, novembre 1886 t. XXVI, p. 367.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 23 décembre 1887, p. 858. — GUNDELACH, *De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques*, th. de Paris, 1887 (obs. XIX, XX, XXI, XXII, etc.).

(3) Infection puerpérale consécutive à un avortement. Rétention de débris placentaires. Curage. Infection à forme diphtéroïde. Irrigation continue. Guérison. *Annales de gynécologie*, février 1892, p. 106.

heure avec une solution de sublimé à 1 p. 20,000, puis pendant 48 heures avec de l'eau bouillie simplement, amena une chute immédiate de la température. Guérison complète sans métrite consécutive.

13. — Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta (1).

(En collaboration avec M. Toupet.)

Dans ce travail, nous avons étudié, en nous appuyant sur des observations personnelles, les conséquences de la rétention partielle



Fig. 33. — Placenta scléreux.

(1) *Annales de gynécologie*, avril 1895.

ou totale du placenta. Laissant de côté les exfoliations lentes et les endométrites déciduales hémorrhagiques, nous nous sommes attachés à étudier les rapports et les différences du placenta retenu et scléreux, du déciduome bénin, de la môle hydatiforme et du sarcome choriocellulaire (déciduome malin des Allemands), dont nous avons le premier publié une observation à Paris.

Dans tous les cas il y a eu des symptômes antérieurs de grossesse;



Fig. 34. — Déciduome bénin.

dans tous on retrouve à l'examen histologique des villosités choriales. Dans le placenta resté adhérent, greffé sur l'utérus, et dans le déciduome bénin, la villosité a conservé sa forme régulière, elle est simplement plus épaisse et plus dense que normalement; elle présente par places quelques cellules déciduales. Le *placenta resté adhérent* se caractérise par ce fait que la trame de la villosité est presqu'uniquement du tissu fibreux contenant de très rares noyaux, et par cet autre que ses vaisseaux sont complètement oblitérés, tandis que, dans le *déciduome bénin*, on trouve de nombreuses fibres-cellules et une atrophie moins marquée des vaisseaux. Dans les deux cas l'affection se traduit cliniquement par des hémorrhagies extrêmement abondantes et par la présence d'une tumeur qui, dans le déciduome bénin, peut, bien qu'exceptionnellement, atteindre des proportions

notables. Un simple curettage bien fait assure la guérison des malades.

Dans la *môle hydatiforme* et dans le *sarcome chorio-cellulaire*, les villosités sont recouvertes d'une couche protoplasmique mal seg-



FIG. 35.— Villosité de la môle hydatiforme.



FIG. 36. — Pointe d'accroissement.

mentée, avec de nombreux noyaux. Elles présentent par endroits des prolongements constitués par une sorte de saillie de cette couche enveloppante dans laquelle pousse ultérieurement un vaisseau. Ces deux tumeurs diffèrent par la nature du tissu qui sépare le vaisseau central de la couche enveloppante. Muqueux puis liquide à la dernière phase de son évolution dans les villosités de la môle hydatiforme, il est embryonnaire dans le déciduome malin.

Ce fait nous explique le rapport constaté en clinique entre la môle hydatiforme et le sarcome chorio-cellulaire, ce dernier ayant plusieurs fois succédé à la première. La môle hydatiforme, dont le tissu est myxomateux, aura, on le comprend, une évolution plus bénigne ; elle peut cependant, bien qu'exceptionnellement, infiltrer la paroi utérine.

Le déciduome malin des Allemands, véritable sarcome embryonnaire des villosités choriales, envahira les vaisseaux, se propagera à travers la paroi utérine, et s'il n'est pas enlevé assez tôt par une

ablation totale de l'organe, tuera la malade soit par hémorrhagie, soit par généralisation.

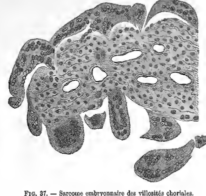


FIG. 37. — Sarcome embryonnaire des villosités choriales.

14. — Recueil de faits.

Observations de tumeurs ovariques (recueillies dans le service de M. F. TERRIER). *Union médicale*, 1883, 10 août, 20 septembre, 10 novembre, 23 décembre, et 1884, 12 janvier, 24 janvier, 21 février, 23 mars, 22 mai, 19 juin, 10 juillet, 9 octobre.

Fibromyôme de l'ovaire. — Ascite. Ovariotomie. Guérison. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 4 janvier 1884, p. 23.

Kyste dermoïde du ligament large. — *Ibidem*, 4 janvier 1894, p. 20.

Tumeur mixte de l'ovaire. — Péritonite chronique. Pleurésie double. Ovariotomie. Guérison. — *Ibidem*, 28 mars 1884, p. 285.

Kyste ovarique multiloculaire. — Ouverture de la trompe dans une des poches du kyste. — *Ibidem*, 5 février 1886, p. 94.

Sarcome kystique de la muqueuse utérine. *Ibidem*, 1893, p. 52.

Hématométrie par imperforation utérine. ALTMANN. Thèse de Paris, 1893-1894.

Grossesse tubaire ; perforation de la poche par les villosités placentaires, hémorrhagie interne, laparotomie, guérison. *Bull. de la Soc. anat. de Paris,* juillet 1894.

Rétention d'urine par rétroflexion de l'utérus gravide. Réduction. Cessation des accidents. Continuation de la grossesse. *Annales de gynécologie et d'obstétrique,* octobre 1894.

Observations de suppurations salpingo-ovariennes traitées par la laparotomie. In BAUDRON, Th. de Paris, 1893-1894.

V. — DERMATOLOGIE

1. — Immobilisation des membres et purpura (1).

Le développement de taches purpuriques et même d'ecchymoses sur les membres fracturés est un fait connu depuis longtemps, mais on n'avait jamais élucidé leur mode de production.

Voyant que ces extravasations sanguines se développaient au moment où l'on enlevait l'appareil ou lorsque le malade se levait, et constatant que dans certains cas elles n'apparaissaient que sur les segments de membre antérieurement soumis à la compression d'un appareil; que, de plus, on pouvait empêcher localement leur production par l'application d'un bandage circulaire, au-dessus et au-dessous duquel l'éruption apparaissait, nous avons été amené à établir un lien entre le développement de l'éruption purpurique et le changement brusque de la tension vasculaire qui se produit dans ces circonstances.

On sait, depuis les travaux de Marey, que le calibre des vaisseaux capillaires est maintenu à peu près constant par suite de l'établissement d'une sorte d'équilibre entre la tension intravasculaire d'une part, la contractilité des vaisseaux et la résistance des tissus voisins d'autre part. Par suite de la décompression qui suit l'ablation de l'appareil, de l'augmentation de la pression intravasculaire qui suit le passage de la station horizontale à la station debout, il y a rupture brusque de cet équilibre, dilatation des capillaires, et, comme par le fait du traumatisme, de l'immobilisation, etc., la nutrition des capillaires a été entravée, le vaisseau brusquement dilaté se rnpture.

Les petites hémorrhagies, qui se produisent alors, ne présentent aucune importance au point de vue du pronostic de la lésion qu'elles accompagnent ou qu'elles suivent.

(1) De l'influence des variations de la pression, à laquelle sont soumis les vaisseaux, sur la production du purpura. Immobilisation des membres et purpura. *Annales de Dermatologie*, 1888, p. 703.

2. — Observation de myxœdème (1).

Cette observation constitue un des premiers cas de myxœdème typique observés en France. Elle présente comme point spécial ce fait que la maladie s'était accompagnée au début de symptômes de goitre exophtalmique.

3. — Des hémorrhagies dans la syphilis (2).

Dans un premier travail, reposant sur une série d'observations recueillies dans le service de M. Lailler, nous avons montré que l'on pouvait observer, le plus souvent au cours de la syphilis secondaire, quelquefois au cours de la syphilis tertiaire, des érythèmes purpuriques, évoluant par poussées successives avec le cortège symptomatique habituel du purpura vrai. Nous avons de plus établi qu'à côté de ces purpuras, apparus chez des syphilitiques, mais non syphilitiques, on pouvait exceptionnellement observer des syphilides hémorrhagiques. Dans ce dernier cas, il s'agit tantôt d'une éruption papuleuse qui devient localement hémorrhagique, par suite d'une disposition particulière des tissus à ce niveau, un état variqueux du membre par exemple, tantôt d'une éruption hémorrhagique généralisée dont nous ignorons encore la cause.

Dans un deuxième mémoire publié en collaboration avec M. Pignot, reprenant la question des hémorrhagies dans la syphilis à un point de vue plus général, et, nous appuyant sur des faits nombreux empruntés à divers observateurs, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

A. Dans la syphilis congénitale, on peut observer une véritable diathèse hémorrhagique.

B. Dans la syphilis acquise :

1° Rien ne prouve que la diathèse exerce son influence sur la production des hémorrhagies à la surface de plaies simples.

(1) *Bulletins de la Société clinique*, 1885, et *France médicale*, 1884, t. I, p. 867 et 881.

(2) Syphilis et purpura, *Bulletins de la Société clinique*, 1884, et *France médicale*, 12 juillet 1884, t. II, p. 999. — Hémorrhagies et syphilis (en collaboration avec M. A. Pignot). *Annales de dermatologie*, 1884, t. II, p. 1.

2° Dans les cas même où l'instrument vulnérant porte sur des tissus malades par le fait de la syphilis, une hémorrhagie sérieuse est exceptionnelle.

3° Les ulcérations spécifiques ne donnent guère que des suintements sanguins peu abondants. Il faut ranger à part les cas exceptionnels où, par leur extension, elles détruisent la paroi d'un tronc vasculaire important.

4° Par l'intermédiaire de l'artérite qu'elle détermine, la syphilis peut être cause d'hémorrhagies viscérales, surtout encéphaliques.

L'hémoglobinurie à forme paroxystique reconnaît souvent la syphilis pour cause.

5° La syphilis peut déterminer des hémorrhagies cutanées :

a) A la surface d'éléments éruptifs spécifiques ;

b) En créant une forme spéciale de purpura ;

c) En agissant comme cause déterminante d'un purpura qui se présente avec ses caractères habituels et qui évolue dans le cours de la syphilis secondaire.

4. — Observation de purpura hémorrhagique d'origine traumatique (1).

Dans ce cas, observé dans le service de M. Terrier, les accidents avaient éclaté une heure après une chute violente sur le dos. Il y avait une éruption de purpura généralisé, étendu aux muqueuses, accompagné d'épanchements sanguins, multiples sous-cutanés et profonds, d'épistaxis, de fièvre. Après un état grave passager le malade guérit sans incident.

(1) *Revue de chirurgie*, 1883, t. III, p. 735.

5. — Recueil de faits.

Chancre induré de l'anus à forme phagédénique.
Chirurgie du rectum, p. 79.

Syphilide rectale. *Ibidem*, p. 92.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

I. — ANATOMIE

1. — Anatomie du rectum ... 5
2. — Les anastomoses des nerfs du membre supérieur et leur importance au point de vue de la conservation des fonctions sensitivo-motrices après des sections nerveuses ... 5
3. — Nerfs du releveur et du sphincter de l'anus ... 11
4. — Quelques points de l'anatomie de l'intestin et du péritoine ... 13
5. — L'espace pelvi-rectal supérieur ... 19
6. — Le quadriceps de la cuisse ... 20
7. — Anatomie du premier cunéiforme ... 21
8. — L'artère obturatrice et ses anomalies ... 21
9. — Le cul-de-sac rétro œsophagien de la plèvre ... 22
10. — Recueil de faits ... 22

II. — PATHOLOGIE EXTERNE

1. — Publications didactiques ... 24
2. — Revue annuelle de chirurgie ... 24
3. — Chirurgie du rectum ... 25
4. — Le bromure d'étyle comme anesthésique général ... 25
5. — Valeur séméiologique de l'hypoazoturie ... 26
6. — Luxations de l'épaule ... 26
7. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'une coxite aiguë ... 31
8. — Un cas de hernie musculaire ... 32
9. — Anévrysme diffus de la poplitée ... 32
10. — Angiome glandulaire de la parotide ... 32
11. — Trachéotomie ... 33
12. — De l'exothyropexie ... 33
13. — Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur ... 34
14. — La gastrostomie dans le cancer de l'œsophage ; sa technique opératoire ... 34
15. — Kystes du pancréas ... 35
16. — Chirurgie des voies biliaires ... 37
17. — Deux cas de splénectomie ... 45
18. — Ulcère de l'estomac. Péritonite par perforation ... 45
19. — La péritonite aiguë généralisée aseptique ... 45
20. — La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant ... 46
21. — Du volvulus ... 47
22. — Cure radicale de la hernie ombilicale ... 47
23. — Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies ... 47
24. — Plaies abdominales avec hernie de l'épiploon ... 48
25. — Les différentes formes anatomiques et cliniques de la typhlite tuberculeuse. 48
26. — Rétrécissement inflammatoire iléo-cæcal ... 50
27. — Pathogénie de la phlébite hémorrhoïdaire ... 50

28. — Abcès péri-anaux-rectaux 51
29. — Blennorrhagie ano-rectale 52
30. — Rétrécissements périrectaux chez la femme 52
31. — Rétrécissements du rectum 53
32. — Nouveau procédé d'ablation des rétrécissements du rectum 58
33. — Tuberculose ano-rectale 59
34. — Recueil de faits 62

III. — VOIES URINAIRES

1. — Publications didactiques 83
2. — Des cystites douloureuses 84
3. — Des névralgies vésicales 85
4. — Drainage de la vessie après la taille hypogastrique 67
5. — Myômes de la vessie 68
6. — Hématurie vésicales dans la rétention d'urine 70
7. — Infection urineuse 70
8. — Prostatite chronique 71
9. — Dilatation des rétrécissements dits élastiques 72
10. — Cellules vésicales 72
11. — Pyélites 72
12. — Hématurie congestive dans un cas de calcul du rein 74
13. — Des productions lipomateuses du rein 74
14. — Recueil des faits 75

IV. — GYNÉCOLOGIE

1. — Annales de Gynécologie 76
2. — De l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée 76
3. — Résultats de l'hystérectomie vaginale dans le cancer 77
4. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus 78
5. — De la position élevée du bassin 79
6. — Torsion du pédicule des salpingo-ovarites 79
7. — 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées des annexes 82
8. — Bactériologie des suppurations péri-utérines 83
9. — Salpingites blennorrhagiques sans oblitération du pavillon 85
10. — Fibro-sarcome de la paroi abdominale 86
11. — De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire 86
12. — Réflexions à propos d'un cas d'infection puerpérale 88
13. — Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta. 87
14. — Recueil de faits 91

V. — DERMATOLOGIE

1. — Immobilisation des membres et purpura 92
2. — Observation du myxœdème 93
3. — Des hémorrhagies dans la syphilis 93
4. — Observation de purpura hémorrhagique d'origine traumatique 94
5. — Recueil de faits 94

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE